MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO	**FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO** **PROCESO: GESTION JURIDICA Y CONTRATACIÓN**	Código: GJC-F-001 Versión: 002 Fecha: 03/09/2021

DEPENDENCIA	**secretaria de salud y proteccion social**				
Número de pago: 4	**Total de pagos: 06**			**Fecha: 24/11/2025**	
ACTO ADMINISTRATIVO					
Fecha de suscripción:	**01 de Julio 2025**		**OPS:**		
Fecha de inicio:	**01 de Julio 2025**		**Contrato:**	**X**	
Fecha de terminación:	**31 de diciembre de 2025**		**Resolución:**		
Duración:	**seis (6) meses**		**Factura:**	**12-2025**	
Número:	**CI N. 008**		**Convenio:**		
Periodo a pagar:	12 de noviembre de 2025				
N° CDP:	**384**		**Fecha del CDP:**	**18/06/2025**	
N° RP:	**0794**		**Fecha del RP:**	**01/07/2025**	
Objeto Contractual:	**FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN LUIS BELTRÁN DEL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO - ANTIOQUIA, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN NUMERAL 52.2 DEL ARTÍCULO 52 DE LA LEY 715 DE 2001, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 235 DE LA LEY 1955 DE 2019 y LA RESOLUCION 484 DE 2024.**				
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO: _____		**Suspensión No:**		
ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion)					
Adición:	**SI: NO: _____**		**Tiempo ampliación del plazo:**		
Numero de Adicion			**Fecha de terminación:**		
N° CDP:			**Fecha del CDP:**		
N° RP:			**Fecha del RP:**		
Adición:			**Tiempo ampliación del plazo:**		
Número de Adición			**Fecha de terminación:**		
N° CDP			**Fecha del CDP:**		
N° RP:			**Fecha del RP:**		
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA					
Nombre:	**E.S.E. HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN**				
Tipo de documento:	**Nit No.**				
Identificación:	**890.981.848-6**				
Dirección:	**CARRERA 10 N°23-08**				
Número de Teléfono:	**6048585997**				
Banco:	**AGRARIO DE COLOMBIA**				
Número de cuenta:	**0-1386-000002-8**				
Corriente/ Ahorros:	**corriente**				
ASPECTOS TRIBUTARIOS					
Persona Natural:	**SI: NO: _____**		**Persona Natural:**		
Gran Contribuyente:	**SI: _____ NO: _____**		**Fecha de pago:**		
IVA Régimen Común:	**SI: _____ NO: _____**		**Aportes a Salud:**		
Persona Jurídica:	**SI: X NO: _____**		**Aportes a Pensión:**		
Autorretenedor:	**SI: _____ NO: _____**		**Aportes ARL:**		
Entidad sin ánimo de lucro	**SI: _____ NO: _____**		**Periodo:**		
			Persona Jurídica: X		
Actividad IICA- Código CIIU:	8610		**Anexa Certificación del Revisor Fiscal:**		SI: X NO:

Valor Inicial del contrato:	**$**	**339.434.457,00**	**Primer Pago**	**Segundo Pago**
Valor pagado:		**237.604.119,00**	$ 169.717.229,00	$ 33.943.445,00
Valor solicitado:	**$**	**33.943.445,00**	**Tercer pago**	**Cuarto pago**
Saldo:	**$**	**67.886.893,00**	$ 33.943.445,00	
ADICION 01			**Quinto Pago**	**Sexto Pago**
Valor Inicial de la adicion:				
Valor pagado de adicion:			**Séptimo Pago**	**Octavo Pago**
Valor solicitado de adicion:			$ 0	$ 0
Saldo:	**$**	**-**	**Noveno Pago**	**Decimo Pago**
ADICION 02				
Valor Inicial de la adicion:			**Decimo primer pago**	**Decimo Segundo pago**
Valor pagado de adicion:				
Valor solicitado de adicion:			**Decimo tercer pago**	**Decimo cuarto pago**
Saldo:	**$**	**-**		
EJECUCION			**Decimo quinto pago**	**Decimo sexto pago**
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal		**80%**		
Porcentaje de Ejecucion de las Adiciones				

PÓLIZAS					
	No.	**Valor Asegurado**	**Vigencia**	**Amparos**	**Cia de Seguros**
A - Cumplimiento					
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual					
F - Salarios -prestaciones sociales					

G - Calidad del Servicio o Equipos					

PÓLIZAS (Adicion 1 y 2)					
	No.	**Valor Asegurado**	**Vigencia**	**Amparos**	**Cia de Seguros**
A - Cumplimiento					
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual					
F - Salarios, Prestaciones Sociales					
G - Calidad del Servicio o Equipos					

SOLICITUD DE PAGO	Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

Anexos:			
Copia de Seguridad Social	SI: ____ NO: X N/A ____	**El contratista presentó el informe correspondiente:**	SI: X NO: _____ N/A ____
Copia de Parafiscales	SI: X NO: _____ N/A	**El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:**	SI: X NO: _____ N/A ____
# De Folios	7		

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por el Contratista: ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRÁN, se evidencia el cumplimiento del 80% de las actividades establecidas en el contrato,

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Laura Marcela Gonzalez Lopez
C.C.: 1036336227
CARGO: Secretaria desalud y proteccion social