DATOS DEL INFORME			
Fecha de presentación: 16/04/2025	Nombre del Contratista: **ESE HOSPITAL PIO XII– JUAN PABLO JAMIO JOJOA**	No. Contrato: **Contrato Interadministrativo N° 707 del 13 de marzo del 2024.**	
Periodo del informe:	Desde el 01/08/2024 hasta el 31/12/2024		
Objeto del contrato: **"CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL 2024, EN LOS MUNICIPIOS DE COLON, SIBUNDOY, SANTIAGO Y SAN FRANCISCO PUTUMAYO"**			
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA			
Nit ó C.C. número	**NIT. 891201845-2**		
Dirección	Cll. 4 N° 8-18		
Teléfono	3153621485		
Clase, Tipo y Número de cuenta	Cuenta de Ahorros No. 500-805-59759-6	Banco: Banco Popular	
Fecha de suscripción	13/03/2024		
Fecha de Iniciación	22/03/2024		
Fecha de Terminación	31/12/2024		
Plazo	285 días		
Valor Inicial	$129.742.339.00		
Prorrogas	Prorroga 1	Prorroga 2	Prorroga 3
Adiciones	Adición 1	Adición 2	Adición 3
	$52.466.147,00		
Suspensiones: (fecha)		En días y/o Meses:	285 días
Terminación Anticipada:			
Reanudaciones: (fecha)			
AVANCE DEL CONTRATO	Financiero:		$159.099.770,00
	Tiempo de Ejecución:		285 días
	Porcentaje de Ejecución:		87.31%
ESTADO FINANCIERO	Valor inicial:		$129.742.339.00
	Adiciones:		$52.466.147,00
	Valor Total del contrato:		$182.208.486.00
	Valor a pagar:		$107.239.019.00
	Saldo del contrato:		$23.108.716.00
	Anticipo:		$51.860.751,00
VALOR DEL PAGO SOLICITADO (aplica para responsables IVA)	Factura No.		COFE2006439
	Fecha de la factura:		16/04/2025
	Periodo facturado:		01/08/2024 hasta 31/12/2024
	Valor antes de IVA:		$ 0,00
	IVA:		$ 0,00
	Valor a pagar:		**$107.239.019.00**
	Legaliza Anticipo CSF		$0
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	**Póliza No.** 41-44-101281963 anexo 0 Expedida: **15/03/2024** Cumplimiento del contrato Buen manejo y correcta inyersión del anticipo	Aseguradora: **SEGUROS DEL ESTADO** Fecha de aprobación: 22/03/2024	

POLIZA No. 41-03-101009344 anexo 7 Expedida: **13/07/2023** Responsabilidad Civil	Aseguradora: **SEGUROS DEL ESTADO SA** Fecha de aprobación: 22/03/2024
POLIZA No. 41-03-101012456 Anexo 1 Expedida: **23/07/2024** Responsabilidad Civil	Aseguradora: **SEGUROS DEL ESTADO SA** Fecha de aprobación: 09/08/2024
No. C.D.P: 793 No. C.D.P: 3243	Fecha: 08/02/2024 Fecha: 12/06/2024
No. R.P: 1600 No. R.P: 5861	Fecha: 13/03/2024 Fecha: 05/09/2024
No. Liquidación estampillas: N/A	Fecha: N/A
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: 30579603 - 30579981 Mes: agosto 2024	Entidad: EMSSANAR, NUEVA EPS, EPS AIC CAUCA, MALLAMAS, SANITAS, Fecha: 02/08/2024 Valor: $ 13.464000
No. de Planilla de Pensión: 30819973-30820036 Mes: agosto 2024	Entidad: COLPENSIONES, PROTECCION Y PORVENIR Fecha: 30/08/2024 Valor: $ 17.513.000
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 30819973-30820036 Mes: agosto 2024	Entidad: POSITIVA Fecha: 30/08/2024 Valor: $ 1.938.900
No. de Planilla de Salud: 30819973-30820036 Mes: septiembre 2024	Entidad: EMSSANAR, NUEVA EPS, EPS AIC CAUCA, MALLAMAS, SANITAS Fecha: 30/08/2024 Valor: $ 13.484.000
No. de Planilla de Pensión: 31112216-31111970 Mes: septiembre 2024	Entidad: COLPENSIONES, PROTECCION Y PORVENIR Fecha: 27/09/2024 Valor: $ 17.651.400
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 31112216-31111970 Mes: septiembre 2024	Entidad: POSITIVA Fecha: 27/09/2024 Valor: $ 2.076.300
No. de Planilla de Salud: 31112216-31111970 Mes: octubre 2024	Entidad: EMSSANAR, NUEVA EPS, EPS AIC CAUCA, MALLAMAS, SANITAS Fecha: 27/09/2024 Valor: $ 13.585.600
No. de Planilla de Pensión: 31414786-31412509 Mes: octubre 2024	Entidad: COLPENSIONES, PROTECCION Y PORVENIR Fecha: 29/10/2024

		Valor: $ 14.602.000
	No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 31414786-31412509 Mes: octubre 2024	Entidad: POSITIVA Fecha: 29/10/2024 Valor: $ 2.152.900
	No. de Planilla de Salud: 31414786-31412509 Mes: noviembre 2024	Entidad: EMSSANAR, NUEVA EPS, EPS AIC CAUCA, MALLAMAS, SANITAS Fecha: 29/10/2024 Valor: $ 13.707.200
	No. de Planilla de Pensión: 31723496-31723623 Mes: noviembre 2024	Entidad: COLPENSIONES, PROTECCION Y PORVENIR Fecha: 29/11/2024 Valor: $ 17.807.000
	No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 31723496-31723623 28344821 Mes: noviembre 2024	Entidad: POSITIVA Fecha: 29/11/2024 Valor: $ 2.152.900
	No. de Planilla de Salud: 31723496-31723623 Mes: diciembre 2024	Entidad: EMSSANAR, NUEVA EPS, EPS AIC CAUCA, MALLAMAS, SANITAS Fecha: 29/11/2024 Valor: $ 13.707.200
	No. de Planilla de Pensión: 32008219-31998333 Mes: diciembre 2024	Entidad: COLPENSIONES, PROTECCION Y PORVENIR Fecha: 26/12/2024 Valor: $ 17.807.000
	No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 32008219-31998333 Mes: diciembre 2024	Entidad: POSITIVA Fecha: 26/12/2023 Valor: $ 2.152.900

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	El Revisor Fiscal de la ESE Hospital Pio XII, certifica que la ESE se encuentra a paz y salvo con el pago correspondiente de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales durante los meses de marzo a diciembre de 2024. La Supervisión hace constar que las actividades se ejecutaron en un 89.32% y los recursos en un 87.31% conforme a lo estipulado en el objeto contractual y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifica que el contratista cumplió conforme a los requisitos de Ley con los aportes a seguridad social y aportes parafiscales a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexa planillas y comprobantes de pago.	
	Periodo a Pagar:	Desde el 01/08/2024 al 31/12/2024
	Valor a pagar (En letras):	CIENTO SIETE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DIECINUEVE PESOS M/CTE
	Valor a pagar	**$107.239.019.00**

DOCUMENTO SOPORTE	1. Copia de Acta de Inicio. 2. Liquidación y pago de rendimientos financieros. 3. Copia de planillas y pago seguridad social, ARP y/o certificación expedida por el revisor fiscal. 4. Documentos del revisor fiscal. 5. Copia de pólizas. 6. Acta de reunión de socialización de resultados finales. 7. Informe final de supervisión. 8. Certificación de supervisión. 9. Copia de RUT. 10. Factura electrónica de Venta. 11. Copia autorización DIAN. 12. Documentos del representante legal. 13. Acta de liquidación. 14. Extractos bancarios.
SUSCRIPCIÓN DEL INFORME	
Supervisión: **Secretaría de Salud Departamental**	
Nombre: **ANGELA PATRICIA LEYTON BECERRA** Cargo: **Jefe Oficina de Salud Pública**	