

	FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO		Código: GJC-F-001		
	PROCESO: GESTION JURIDICA Y CONTRATACIÓN		Versión: 002		
			Fecha: 03/09/2021		
DEPENDENCIA		secretaría de salud y proteccion social			
Número de pago: 10		Total de pagos: 10		Fecha: 20/12/2025	
ACTO ADMINISTRATIVO					
Fecha de suscripción:	11 de marzo de 2025	OPS:			
Fecha de inicio:	13 de marzo de 2025	Contrato:	X		
Fecha de terminación:	31 de diciembre de 2025	Resolución:			
Duración:	diez (10) meses	Factura:	17-2025		
Número:	CI N. 003	Convenio:			
Período a pagar:	cobro anticipo desembolso N 10 del convenio 003				
N° CDP:	195	Fecha del CDP:	03/03/2025		
N° RP:	0328	Fecha del RP:	11/03/2025		
Objeto Contractual:	PROMOVER LA SALUD Y LA GESTIÓN DEL RIESGO, EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PSPIC), A TRAVÉS DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO DEFINIDOS EN EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS) BUSCANDO IMPACTAR POSITIVAMENTE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN EL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO-ANTIOQUIA; EN LOS ENTORNOS DONDE LAS PERSONAS VIVEN A LO LARGO DE LA VIDA Y EN ESPECIAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL; CON LA PREMISA DE ATENDER INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD PRESENTES EN EL ANÁLISIS DE SITUACION DE SALUD (ASIS).				
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO: _____	Suspensión No:			
ACTO ADMINISTRATIVO (Adición)					
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:	4-1386-000797-8				
Corriente/ Ahorros:	AHORROS				
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:			
Actividad IICA- Código CIU:	8610	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:		SI: X NO:	
VALORES Y PAGOS					
Valor Inicial del contrato:	\$ 576.336.270,00	Primer Pago	\$ 57.133.627,00	Segundo Pago	\$ 56.042.426,00
Valor pagado:	\$ 471.035.228,00	Tercer pago	\$ 60.114.212,00	Cuarto pago	\$ 56.229.878,00
Valor solicitado:	\$ 101.215.042,00	Quinto Pago	\$ 60.385.777,00	Sexto Pago	\$ 52.267.175,00
Saldo:	\$ 4.086.000,00	Séptimo Pago	\$ 56.951.775	Octavo Pago	\$ 65.021.474
ADICION 01		Noveno Pago	Decimo Pago		
Valor Inicial de la adición:		\$ 6.888.884			
Valor pagado de adición:		Decimo primer pago	Decimo Segundo pago		
Valor solicitado de adición:		Decimo tercer pago	Decimo cuarto pago		
Saldo:	\$ -				
ADICION 02					
Valor Inicial de la adición:		Decimo quinto pago			
Valor pagado de adición:		Decimo sexto pago			
Valor solicitado de adición:					
Saldo:	\$ -				
EJECUCION					
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	99%				
Porcentaje de Ejecucion de las Adiciones					
PÓLIZAS					
	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento	229907	57133627,00	11-03-2025 HASTA 30-04-2026	X	SURAMERICANA
B - Anticipo	229907	57133627,00	11-03-2025 HASTA 30-04	X	SURAMERICANA
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	20				
OBSERVACIONES:					
Según las actividades realizadas por el Contratista: ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRÁN, se evidencia el cumplimiento del 99% de las actividades establecidas en el contrato.					
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div> FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: C.C.: CARGO: </div> <div style="text-align: center;">  _____ Laura Marcela Gonzalez Lopez 1036336227 Secretaria desalud y proteccion social </div> </div>					