FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO

VERSIÓN: 001							Pagina: 1 de 1
Dependencia:	**SECRETARÍA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL**	**Número de pago:**	**7**	**Total de pagos:**	**9**	**Fecha:**	**07 de noviembre de 2025**

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"		DATOS ESPECÍFICOS							
OPS		Número:	150-11-01-007-2025			Fecha de iniciación:	28 Marzo del 2025		
CONTRATO		Fecha de suscripción:	28 Marzo Del 2025			Fecha de terminación:	31 Diciembre del 2025		
RESOLUCIÓN		N° CDP:	278	Fecha	18 de marzo de 2025	Duración:	9 Meses	4	Días
FACTURA		N° RP:	400	Fecha :	28 de marzo de 2025	Periodo a pagar:	01 al 30 de olctubre de 2025		
CONVENIO	X	Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:		En tiempo:	
		Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:		En tiempo:	

Objeto: AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE EL MUNICIPIO DE VENECIA-ANTIOQUIA Y LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA-ANTIOQUIA PARA LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PARA EL AÑO 2025

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula		Nit.	X	Número:	890.980.367	DV.	0
Dirección:									
Número de Teléfono:	-			FAX:			CEL.	-	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	398700038530	Banco:	DAVIVIENDA	

ASPECTOS TRIBUTARIOS (Marque con "X")

Persona Natural:	X	Persona Jurídica:		-
Gran Contribuyente:	-	Autoretenedor:		-
IVA Régimen Común:	-	Entidad sin ánimo de lucro		-
Actividad IICA- Código CIIU:		8610	Tarifa:	-
He verificado de esta información frente al RUT :			SI: X	NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:	$ 177.101.226,12	
Adición No.	$ 0,00	
Adición No.	$ 0,00	
Adición No.	$ 0,00	
Valor Total del contrato:	$ 177.101.226,12	

Valor pagado:

Anticipo		
$ 0,00		
Primer Pago	**Segundo Pago**	**Tercer pago**
$15.754.339,00	$2.570.400,00	$ 27.673.367,00

Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$ 22.171.678,00	$ 21.000.000,00	$ 53.294.814,00

Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago
$ 4.500.000,00	$ 0,00	$ 0,00

Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00

Total Pagado:	$ 142.464.598,00
Valor a pagar en el periodo:	**$ 4.500.000,00**
Saldo:	$ 30.136.628,12

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: x	NO:	# de folios:	14
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: x	NO:		
Se remitió al Comité de contratación:	SI:	NO: X	Fecha:	
Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:				

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado $ 9.110.500 Periodo	01 al 30 de olctubre de 2025	Valor pagado $ 13.088.100 Periodo	01 al 30 de olctubre de 2025
Comprobante de pago Número:	80421287	Comprobante de pago Número:	80421287
Fecha de pago:	9 de octubre de 2025	Fecha de pago:	9 de octubre de 2025
Aportes ARP		Pensionado: SI:	NO: X
Valor pagado $ 1.466.900 Periodo	01 al 30 de olctubre de 2025	Certificación: SI:	NO: x

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: X

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo estabiocido 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 aporte a pensión SI: X NO:

Copia de aporte a salud SI: X NO:

Copia aporte ARP SI: X NO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JUAN HENRY MARIN RODRIGUEZ

C.C : 70.663.188

CARGO: SECRETARIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

7/11
11:30

enlace operativo

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-10-09, 10:10:55 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2025
Empresa	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA
NIT	NI 890980367
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	80421287
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	1840072775
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 29.289.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	5	$ 2.984.900	$ 0
N800229739	230201	PROTECCION	5	$ 4.194.800	$ 0
N900336004	25-14	COLPENSIONES	12	$ 5.098.400	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	9	$ 2.477.000	$ 0
N900604350	EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	1	$ 223.300	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	12	$ 6.410.200	$ 0
N800226175	14-25	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES	22	$ 1.466.900	$ 0
N890900842	CCF03	COMFENALCOANTIOQUIACCF	22	$ 2.859.000	$ 0
N899999034	PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	22	$ 1.430.100	$ 0
N899999239	PAICBF	ICBF	22	$ 2.144.500	$ 0
		SubTotales:		$ 29.289.100	$ 0
		Total a Pagar:			$ 29.289.100

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar