

	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 protección social		
Número de pago: 2		Total de pagos: 11		Fecha: 04/03/2026
ACTO ADMINISTRATIVO				
Fecha de suscripción:	05 DE NOVIEMBRE DE 2025	OPS:		
Fecha de inicio:	21 DE ENERO DE 2026	Contrato:	X	
Fecha de terminación:	20 DE NOVIEMBRE DE 2026	Resolución:		
Duración:	diez (10) meses	Factura:	01-2026	
Número:	CI N. 013	Convenio:		
Período a pagar:	del 01/02/2026 al 28/02/2026			
N° CDP:	091	Fecha del CDP:	02/01/2026	
N° RP:	002	Fecha del RP:	02/01/2026	
Objeto Contractual:	EJERCER LA GOBERNABILIDAD QUE TIENE LA AUTORIDAD SANITARIA DE PROMOVER EN EL TERRITORIO DEL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO LA GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA, INCLUIDA LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA Y EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA Y LA ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD).			
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO: _____	Suspensión No:		
ACTO ADMINISTRATIVO (Adición)				
Adición:	SI: NO: _____	Tiempo ampliación del plazo:		
Numero de Adición	1	Fecha de terminación:		
N° CDP:	135	Fecha del CDP:	16/01/2026	
N° RP:	0122	Fecha del RP:	23/01/2026	
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:		
		Persona Jurídica: X		
Actividad IICA- Código CIU:	8610	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:		SI: X NO:
Valor Inicial del contrato:	\$ 599.903.084,00	Primer Pago	Segundo Pago	
Valor pagado:	\$ 61.620.308,00	\$ 61.620.308,00		
Valor solicitado:	\$ 42.687.616,00	Tercer pago	Cuarto pago	
Saldo:	\$ 495.595.160,00			
ADICION 01		Quinto Pago	Sexto Pago	
Valor Inicial de la adición:	\$ 16.300.000,00			
Valor pagado de adición:		Séptimo Pago	Octavo Pago	
Valor solicitado de adición:				
Saldo:	\$ 16.300.000,00	Noveno Pago	Decimo Pago	
ADICION 02				
Valor Inicial de la adición:		Decimo primer pago	Decimo Segundo pago	
Valor pagado de adición:				
Valor solicitado de adición:		Decimo tercer pago	Decimo cuarto pago	
Saldo:	\$ -			
EJECUCION		Decimo quinto pago	Decimo sexto pago	
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	17%			
Porcentaje de Ejecucion de las Adiciones				
PÓLIZAS				
	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos
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 (Adición 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	9				
OBSERVACIONES:					
Según las actividades realizadas por el Contratista: ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRÁN, ANTICIPO DEL 16% AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO.					
<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>					