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: 1	**Total de pagos: 10**		**Fecha: 29/07/2026**
ACTO ADMINISTRATIVO			
Fecha de suscripción:	**5/11/2025**	**OPS:**	
Fecha de inicio:	**4/02/2026**	**Contrato:**	**X**
Fecha de terminación:	**3/12/2026**	**Resolución:**	
Duración:	**10 MESES**	**Factura:**	**18-2025**
Número:	**014**	**Convenio:**	
Periodo a pagar:	PAGO 1-26 DE MARZO DE 2026		
N° CDP:	**090**	**Fecha del CDP:**	**02/01/2026**
N° RP:	**0003**	**Fecha del RP:**	**02/01/2026**
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:	**310**	**Fecha del CDP:**	**19/05/2026**
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:	**$ 319.473.983,00**	**Primer Pago**	**Segundo Pago**
Valor pagado:	**-**		
Valor solicitado:	**$ 30.350.028,00**	**Tercer pago**	**Cuarto pago**
Saldo:	**$ 289.123.955,00**		
ADICION 01		**Quinto Pago**	**Sexto Pago**
Valor Inicial de la adicion:	**$ 45.893.228,00**		
Valor pagado de adicion:		**Séptimo Pago**	**Octavo Pago**
Valor solicitado de adicion:		$ 0	$ 0
Saldo:	**$ 45.893.228,00**	**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	**9.5%**		
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 9.5% 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