

	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: 3	Total de pagos: 10	Fecha: 29/07/2026
ACTO ADMINISTRATIVO		
Fecha de suscripción:	5/11/2025	OPS:
Fecha de inicio:	4/02/2026	Contrato:
Fecha de terminación:	3/12/2026	Resolución:
Duración:	10 MESES	Factura:
Número:	014	Convenio:
Periodo a pagar:	PAGO 3-12 DE JUNIO DE 2026	
N° CDP:	090	Fecha del CDP:
N° RP:	0003	Fecha del RP:
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 (Adición)		
Adición:	SI: NO: _____	Tiempo ampliación del plazo:
Numero de Adicion		Fecha de terminación:
N° CDP:	310	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:	Nif 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:
Actividad IICA- Código CIU:	8610	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:
Valor Inicial del contrato:	\$ 319.473.983,00	Primer Pago
Valor pagado:	\$ 60.700.056,00	Segundo Pago
Valor solicitado:	\$ 30.350.028,00	Tercer pago
Saldo:	\$ 228.423.899,00	Cuarto pago
ADICION 01		Quinto Pago
Valor Inicial de la adicion:	\$ 45.893.228,00	Sexto Pago
Valor pagado de adicion:		Séptimo Pago
Valor solicitado de adicion:		Octavo Pago
Saldo:	\$ 45.893.228,00	Noveno Pago
ADICION 02		Decimo Pago
Valor Inicial de la adicion:		Decimo primer pago
Valor pagado de adicion:		Decimo Segundo pago
Valor solicitado de adicion:		Decimo tercer pago
Saldo:	\$ -	Decimo cuarto pago
EJECUCION		Decimo quinto pago
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	28%	Decimo sexto pago
Porcentaje de Ejecucion de las Adiciones		
PÓLIZAS		
	No.	Valor Asegurado
A - Cumplimiento		Vigencia
B - Anticipo		Amparos
C - Prestaciones Sociales		Cia de Seguros
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
A - Cumplimiento		Vigencia
B - Anticipo		Amparos
C - Prestaciones Sociales		Cia de Seguros
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:
Copia de Parafiscales	SI: X NO: _____ N/A _____	El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:
# De Folios	7	
OBSERVACIONES:		
Según las actividades realizadas por el Contratista: ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRÁN, se evidencia el cumplimiento del 28% 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 protección social		