E.S.E
HOSPITAL SAN ANTONIO CERRITO
"Trabajamos por su Salud"

# ACTA DE SUPERVISIÓN N° 5

## 13. GENERALIDADES DEL CONTRATO

| | | |
|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 0019-2024** | | |
| **CONTRATISTA: ERIKA TATIANA GUALDRON GIRALDO** | | **C.C. N° 1.098.723.302** de Bucaramanga |
| **VALOR:** $72.000.000 | **PLAZO DEL CONTRATO:** Ocho (08) meses con veintisiete (27) días | |
| **POLIZA N°** N.A. | **VIGENCIA DEL AMPARO** N.A. | **COMPAÑÍA:** N.A. |
| **FECHA DE INICIO:** 5 DE ABRIL DE 2024 | **FECHA DE FINALIZACION:** 31 DE DICIEMBRE DE 2024 | |
| **AFILIACION A SALUD:** NUEVA EPS | **AFILIACION A PENSION:** PORVENIR | |
| **ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES:** COLMENA | **CAJA DE COMPENSACION:** N.A. | |
| **MODIFICACION N°:** N.A. | **ACTUALIZACION DE POLIZAS:** N.A. | |

## 14. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $72.000.000 |
| **Certificado de Disponibilidad Presupuestal N° 24-00136** Fecha: 01 Abril 2024 | **Registro Presupuestal Nª 24-00245** Fecha: abril 05 de 2024 |
| **Rubro Presupuestal: 2.4.5.01.02.009.01** | **Concepto del Gasto: HONORARIOS OPERATIVOS.** |

Valor(es) Pagado(s):

| Pago N° 1 | Pago N° 2 | Pago N° 3 | Pago N° 4 | Pago N° 5 | Pago N° 6 | Pago N° 7 | Pago N° 8 | Pago N° 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $8.000.000 | 8.000.000 | 8.000.000 | 8.000.000 | 8.000.000 | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total, Pagado:** | $32.000.000 | | |
| **Saldo Actual:** | $40.000.000 | | |
| **VALOR A PAGAR:** | $8.000000 | **Periodo de Pago:** | 1 julio al 30 julio 2024 |
| **Menos este pago:** | $32.000.00 | **Porcentaje de Ejecución:** | **55.55%** |

## 15. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

En calidad de Supervisor del Contrato, manifiesto que conforme al Informe de Ejecución presentado, la Contratista **ERIKA TATIANA GUALDRON GIRALDO** cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales, con todas las obligaciones establecidas en las Cláusulas Segunda y Tercera del Contrato, igualmente certifico que dio observancia a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social (conforme a lo señalado por el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019, respecto del equivalente al 40% de los ingresos mensuales para determinar el IBL, sin que en ningún caso sea inferior a un salario mínimo legal mensual vigente) y cumplió con los aportes a Salud, Pensión y ARL, mediante planilla anexa, NRO 4564982346 correspondientes al mes de Agosto de 2024.

Por lo anterior, se autoriza el pago por valor de OCHO MILLONES PESOS ($ 8.000.000) MCTE., que deberá consignarse a la Cuenta de Ahorros N° 4-603-72-02235-4 BANCO AGRARIO.

El presente informe se firma en Cerrito Santander, a los treinta y un (31) días del mes de AGOSTO de 2024.

**CARLOS ALBERTO ROMERO RAMIREZ**
**GERENTE E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO**
**SUPERVISOR**