INFORME SUPERVISIÓN FINAL

GLORIA CRISTINA TABORDA CASTRO, identificada con cédula de ciudadanía No. 25.059.768, en calidad de Almacenista y ALEJANDRA GUERRERO RAMÍREZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.053.861.396, en calidad de Enfermera Superior, designadas como supervisoras del contrato 24-2130.13.10.046 suscrito con GLADYS EUGENIA RAMÍREZ HOYOS, por medio del presente documento presentamos informe final sobre la ejecución en los siguientes términos:

OBJETO	El Hospital departamental San Juan de Dios E.S.E. requiere la DOTACIÓN DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL PARA LOS PROFESIONALES QUE CONFORMAN LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, para el desarrollo de las actividades en equipos básicos en salud del programa preventivo de salud Territorial contempladas en la resolución 1033 del 11 De junio del 2024 del Ministerio de Salud y protección social junto con su lineamientos durante el tiempo y en los microterritorios el cumplimiento de las directrices adquiridas por la empresa con el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo a especificaciones técnicas.
PLAZO DE EJECUCIÓN	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	6 DE AGOSTO DE 2024
FECHA DE INICIO	6 DE AGOSTO DE 2024
FECHA TERMINACIÓN	20 DE AGOSTO DE 2024
PRÓRROGAS	**N/A**
SUSPENSIONES	**N/A**
VALOR	
VALOR DEL CONTRATO	$ 21.023.200
ADICIONES	$ 0
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Y REGISTRO PRESUPUESTAL	**CDP:** 485 **RP:** 689
FUENTE DE FINANCIACIÓN	2.1.2.02.02.006.62133

SUPERVISIÓN

La supervisión del contrato objeto de este informe fue ejercida por los siguientes funcionarios y/o contratistas:

GLORIA CRISTINA TABORDA CASTRO, en calidad de Almacenista
ALEJANDRA GUERRERO RAMÍREZ, en calidad de Enfermera Superior

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Frente a las obligaciones generales del contratista, el supervisor mediante el presente informe declara su cabal cumplimiento.

Respecto de las obligaciones específicas del contratista, a continuación, se presentan los resultados de su ejecución:

N.°	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACION	CUMPLIMIENTO
1	Proveer por parte del contratista la mejor alternativa para el transporte de los productos y/o elementos lo cual pueda afectar la calidad de oportunidad de los bienes suministrados	Si cumple
2	Contar, el contratista con las exigencias especificaciones de la dotación requerida por parte del hospital	Si cumple
3	Estar en la capacidad de realizar cambios o solucionar discrepancias que se puedan presentar con las prendas sin que esto tenga un costo adicional.	Si cumple
4	En cualquier eventualidad robo o pérdida que perjudique la integridad de calidad de los productos al momento de ser transportados hasta el Hospital no era justificación para la entrega de los mismos de acuerdo con las condiciones de obligatorio cumplimiento	Si cumple
5	La dotación se debe entregar el 16 de agosto de 2024	Si cumple

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA

De conformidad con la cláusula CUARTA, la forma de pago del contrato se estipuló de la siguiente forma:

FORMA DE PAGO: EL HOSPITAL pagará al contratista entre los 30 a 60 días siguientes a la presentación de la factura por parte del CONTRATISTA, siempre y cuando se haya ejecutado en debida forma el objeto contractual y que se haya realizado la supervisión a través del coordinador del servicio y/o quien haga sus veces al servicio del hospital para lo cual debe expedir la constancia de haber recibido a conformidad y a entera satisfacción y servicio prestado.

De acuerdo con la ejecución contractual se realizaron los siguientes desembolsos:

DESEMBOLSOS	FECHA	VALOR
No. 1	30 AGOSTO 2024	$20.898.100
TOTAL DESEMBOLSOS		**$20.898.100**

DESCRIPCIÓN	DEBE	HABER
VALOR GIRADO		$21.023.200
VALOR EJECUTADO	$ 20.898.100	
VALOR NO EJECUTADO	$ 125.100	
SUMAS IGUALES	$ 21.023.200	$ 21.023.200

CONSTANCIAS DEL SUPERVISOR

- El CONTRATISTA cumplió a satisfacción el objeto del contrato y/o convenio y queda a paz y salvo con el HOSPITAL por todo concepto.
- De acuerdo con la forma de pago prevista en la cláusula Cuarta del contrato y de acuerdo a lo ejecutado, se pagó una suma de **$ 20.898.100.** Por lo anterior, se debe liberar del RP **689** a favor del HOSPITAL, la suma de **$ 125.100.**

Para constancia se firma a los 4 días del mes de Septiembre de 2024.

GLORIA CRISTINA TABORDA CASTRO
Supervisora

Alejandra Guerrero R.
ALEJANDRA GUERRERO RAMIREZ
Supervisora

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30411167
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GLADYS EUGENIA RAMIREZ HOYOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIOSUCIO	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 12 9 16	TELÉFONO:	8594002
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Confección de prendas de vestir, excepto prendas
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7932444970	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/08/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	814773394

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF11	CCF11-CCF DE CALDAS	1	$ 26.000	$ 0	$ 26.000
SUBTOTALES:			**$ 26.000**	**$ 0**	**$ 26.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD							ARP												
																									FSP			APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO		TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 30411167	RAMIREZ HOYOS GLADYS EUGENIA	INDEPEND		$ 1.300.000				NO																231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500			$ 0		$ 0	30	$ 1.300.000	CCF11-CCF DE CALDAS	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 396.500**

Planilla Pagada