| | | |
|---|---|---|
| Empresa Social del Estado Santiago de Tunja | **E.S.E SANTIAGO DE TUNJA**<br>**INFORME SUPERVISIÓN DE CONTRATO**<br>**FORMATO** | **Código: GA-FR-0008**<br>**Versión: 0**<br>**Página** |

## 1. INTRODUCCION

El día 14 de Febrero de 2025, se designó a la Coordinadora del Laboratorio Clínico JOANA PAEZ CASTELLANOS como supervisor del contrato N° **LAB-074-2025** , suscrito entre la ESE SANTIAGO DE TUNJA y HEMOCENTRO DEL CENTRO ORIENTE COLOMBIANO , cuyo objeto es: "EL SUMINISTRO DE HEMOCOMPONENTES Y LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS ESPECIALES DEL SERVICIO TRANSFUSIONAL QUE REQUIERE LA E.S.E SANTIAGO DE TUNJA PARA LOS USUARIOS QUE DEMANDAN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS EN EL HOSPITAL METROPOLITANO DE LA E.S.E SANTIAGO DE TUNJA .

| | |
|---|---|
| FECHA DE INICIACION | 14/02/2025 |
| FECHA DE TERMINACION | 31/12/2025 |

## 2. DATOS BASICOS DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO Y FECHA | **LAB-074-2025 Fecha 14-Febrero-2025** |
| NUMERO DE CDP Y FECHA | 083 fecha 20-enero-2025 |
| NUMERO DE RP Y FECHA | 122 fecha 14-febrero-2025 |
| CONTRATISTA | HEMOCENTRO DEL CENTRO ORIENTE COLOMBIANO |
| OBJETO DEL CONTRATO | "EL SUMINISTRO DE HEMOCOMPONENTES Y LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS ESPECIALES DEL SERVICIO TRANSFUSIONAL QUE REQUIERE LA E.S.E SANTIAGO DE TUNJA PARA LOS USUARIOS QUE DEMANDAN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS EN EL HOSPITAL METROPOLITANO DE LA E.S.E SANTIAGO DE TUNJA . |
| SUPERVISOR | JOANA PAEZ CASTELLANOS |

## 4. CONTROL DE DOCUMENTACION

| FACTURA O CUENTA DE COBRO | | | | ENTRADA A ALMACEN |
|---|---|---|---|---|
| **NUMERO** | **FECHA** | **VALOR** | **PERIODO FACTURADO** | |
| **HCOC-873** | **25/03/2025** | **9.736.069** | **MARZO** | **2803** |

## 5. PAGOS AUTORIZADOS A LA FECHA

| **FECHA** | **VALOR** | **PERIODO FACTURADO** | |
|---|---|---|---|
| **25/02/2025** | 5.525.877 | FEBRERO | 2744 |

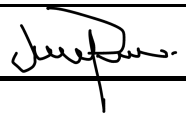
## 6. ESTADO ECONOMICO DEL CONTRATO

| | | |
|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ | 30.000.000,00 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ | 30.000.000,00 |
| ( - ) TOTAL DE PAGOS ANTES DE ESTA FACTURA | $ | 5.525.877,00 |
| ( - ) VALOR A PAGAR CON LA PRESENTE CUENTA | $ | 9.736.069,00 |
| **SALDO DESPUES DE ESTE PAGO** | $ | 14.738.054,00 |

## 7. APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | |
|---|---|
| PERIODO DE COTIZACION | |
| NUMERO DE PLANILLA | |
| FECHA DE PAGO | |
| INGRESO BASE DE COTIZACION | |
| CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES PERSONA JURÍDICA. | Certificación expedida en el mes de MARZO por GLORIA ESPERANZA RIVERA PIRAZAN, Contadora Pública, del consorcio Hemocentro del Centro oriente colombiano. |

## 8. DOCUMENTOS SOPORTE DE LA SUPERVISIÓN

| | |
|---|---|
| Certifico que se recibe a satisfacción los bienes y/o servicios prestados, conforme lo establecido en las obligaciones pactadas en el contrato No LAB-074-2025. Para el respectivo pago se anexan los siguientes documentos: | |
| **Factura** | **HCOC-873** |
| Entradas de almacen | **2803** |
| Informe de Supervisión | No. 2 |
| Copia del recibo de pago de la planilla de seguridad social | |
| Certificacion a cotizacion de seguridad social (aporte sobre el 40%). | |
| Planilla Seguridad social – aportes parafiscales (SALUD-PENSIÓN- ARL) | |
| Para constancia se firma el presente informe en Tunja, a los 28 dias del mes de Marzo | |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | |
| **NOMBRE:** | **JOANA PAEZ CASTELLANOS** |
| **CARGO :** | COORDINADOR LABORATORIO CLÍNICO |
| **FIRMA:** |  |