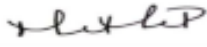


	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA					
Dependencia:	ADMINISTRATIVO				Fecha:	JUNIO DE 2025
ACTO ADMINISTRATIVO						
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	9.135.000		Valor a Pagar:	3.045.000	
	Número	CO1.PCCNTR.7785681	Fec. Suscripción:	15/04/2025	Fecha de iniciación:	15/04/2025
	N° CDP:	250401051	Fecha:	01/04/2025	Fecha de terminación:	14/07/2025
	N° RP:	250415015	Fecha:	15/04/2025	Duración	3 Meses Días
	Rubro Presupuestal:			Periodo a pagar:	Periodo No. 2 del Contrato	
	Requiere Informe:	Si	Entregó Informe: si	Suspensión	En tiempo	Prorroga
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO DIGITADOR PLATAFORMA PISIS PARA LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, DENTRO DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN EL ARROYOHONDO BOLIVAR					
FORMA DE PAGO:	El valor del contrato es de NUEVE MILLONES CIENTO TREINTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$9.135.000), que corresponde a los honorarios que la ESE pagará al Contratista. El valor del contrato se pagara en TRES (03) cuotas, cada una por valor de TRES MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$3.045.000), previa presentación de la cuenta de cobro y el informe de Gestión. PARÁGRAFO.					
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA						
Nombre:	MARIA JOSE MEDINA PEREZ					
Identificación:	Tipo de documento	Cédula: X	Nit:	Número:1048938285	DV.	
Dirección:	TRANSVERSAL 16 8E 2 Nuevo bosque					
Número de Teléfono:				FAX:	CEL:	
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros X	Número: 907319453	Banco: BANCO DE BOGOTA		
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Persona Natural:	X	Persona Jurídica	Regimen simplificado		
	Marque con "X"	Gran Contribuyente	Autoretenedor			
	He verificado de esta información frente al RUT:			SI	X	NO
INFORME DEL SUPERVISOR						
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:		SI	X	NO	No Folios 3
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato		SI	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano		si Fecha: JUNIO-20
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas					
APOORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:					
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
	Valor pagado	210.000	Periodo	MAYO	Valor pagado	268.800
	Comprobante de pago Número:	9486946160		Comprobante de pago Número:	9486946160	
	Fecha de pago:	13/06/2025		Fecha de pago:	13/06/2025	
	Aportes a ARL			NOTA:		
	Valor pagado	8.800	Periodo	MAYO		
	Comprobante de pago Número:	9486946160				
Fecha de pago:	13/06/2025					
Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: X						
SOLICITUD DE PAGO	Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.					
APLICACION RETENCION	Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, "Que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos"					
Anexos:	Copia de aporte de pensión SI		Copia de aporte de salud SI		Cuenta de Cobro SI	
FIRMA CONTRATISTA: 						
FIRMA SUPERVISOR: 						
NOMBRE CONTRATISTA: MARIA JOSE MEDINA PEREZ						
NOMBRE SUPERVISOR: ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO						
C.C.: 1.048.938.285						
CARGO: SUBGERENTE						

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO NIT: 806.008.082-4 	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN
---	---

Arroyo Hondo, Bolívar

Fecha: JUNIO 2025

CONTRATISTA:	MARIA JOSE MEDINA PEREZ
N° DEL CONTRATO	CO1.PCCNTR.7785681
FECHA DEL CONTRATO	14 DE ABRIL DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO DIGITADOR PLATAFORMA PISIS PARA LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, DENTRO DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN EL ARROYOHONDO BOLIVAR
DURACION	DESDE EL ACTA DE INICIO HASTA EL (CATORCE) 14 DE JULIO DE 2025
SUPERVISOR DEL CONTRATO	ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el periodo comprendido entre el **15 de Mayo hasta el 14 de Junio de 2025**, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

Actividades del Contratista	Actividades Realizadas
1. Garantizar que el desarrollo del objeto contractual se realice en forma permanente y no se interrumpa bajo ninguna circunstancia excepto en los casos de fuerza mayor, el cual deberá prestarse de conformidad con lo estipulado en el presente contrato y su propuesta.	1. Durante este periodo, procuré garantizar el cumplimiento del objeto contractual.
2. Reportar en caso de cualquier novedad o anomalía de manera inmediata la situación al funcionario encargado de la Supervisión del contrato.	2. No se presentaron novedades o anomalías que pusieran en riesgo el cumplimiento de mi contrato, por ende no hubo que reportar al supervisor
3. Cumplir con eficiencia y responsabilidad el cargue de la información correspondiente en la plataforma PISIS – PLATAFORMA DE INTEGRACIÓN SISPRO.	3. Realice en el periodo: Cargue de información en la plataforma sispro, los profesionales contratados para el despliegue del proyecto de equipos básicos en salud.
4. Mantener la confidencialidad de la información y cumplir con las regulaciones de privacidad.	4. Guardo absoluta reserva y confidencialidad de todos los documento.
5. Desempeñar las demás obligaciones inherentes al desarrollo del objeto contractual y demás que designe y delegue la E.S.E CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO.	
6. Participar en las actividades y capacitaciones	5. Cumpló con el desarrollo de



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO
NIT: 806.008.082-4



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS
DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A
LA GESTIÓN**

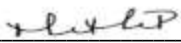
que programe la E.S.E. para la cabal ejecución del objetivo y el fortalecimiento de capacidades de los EBS. 7. Requerir en oportunidad los elementos que requiera para la ejecución de la actividad. 8. Cumplir las normas y procedimientos establecidos por la E.S.E. CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO. 9. Acatar de forma oportuna y eficiente las sugerencias indicadas por la E.S.E. CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO, para el óptimo desarrollo del objeto del contrato	mi objeto contractual. 6. Participe en la organización de los equipos básicos y los territorios a intervenir así como los profesionales que conforman cada equipo 7. Solicité toda la documentación e insumos para cumplir con mis actividades. 8. Cumpló con las normas y procedimientos que establece la E. S. E Centro de Salud con Cama de Arroyohondo. 9. Acate de manera oportuna las sugerencias indicadas por la supervisora del contrato.
--	---

Atentamente,

Firma del Contratista:

Nombre Completo del Contratista:

Número de Cédula del contratista:



MARIA JOSE MEDINA PEREZ
1048938285



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO
NIT: 806.008.082-4



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS
DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A
LA GESTIÓN**

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

23	CC 30843561	YESENIA MARIA MIER ALANDETE Auxiliar de enfermería	Editar	+ Contrato CO1.PCCNTR.7785685-Apr-2025 a 15-Jul-2025	\$ 3.000.000,00	Editar
24	CC 1051360519	MARA PAOLA RADA ELJAEK Terapeuta físico	Editar	+ Contrato CO1.PCCNTR.7780705-Apr-2025 a 15-Jul-2025	\$ 3.000.000,00	Editar
25	CC 30844610	YENIFER RAQUEL RODRIGUEZ BLANCO Profesional en medicina	Editar	+ Contrato CO1.PCCNTR.7785685-Apr-2025 a 15-Jul-2025	\$ 5.500.000,00	Editar
26	CC 1045309547	ROSA MARIA MARQUEZ SANATA Gestor(a) comunitario(a)	Editar	+ Contrato CO1.PCCNTR.7786116-Apr-2025 a 15-Jul-2025	\$ 1.500.000,00	Editar

EBS003

MICROTERRITORIO 3 MACHADO (Rural)
Territorio Rural: T 1 LOS CAÑAGUATES
ARROYOHONDO
Fuente de Financiación: Transferencias Nacionales

[Editar](#)
[Territorio](#)

+ Contratista			
CC 1007187769	LORENA PAOLA RADA ELJAEK	Profesional en enfermería	Retirar
CC 1051359630	CLAUDIA MARIA CERDA PEREZ	Auxiliar de enfermería	Retirar
CC 30896637	DELCY MARIA FRANCO MARTINEZ	Auxiliar de enfermería	Retirar
CC 1047513973	ERDINA MARIA CASSIANI RODRIGUEZ	Auxiliar de enfermería	Retirar
CC 30843561	YESENIA MARIA MIER ALANDETE	Auxiliar de enfermería	Retirar
CC 1045309547	ROSA MARIA MARQUEZ SANATA	Gestor(a) comunitario(a)	Retirar
CC 1051360519	MARA PAOLA RADA ELJAEK	Terapeuta físico	Retirar
CC 30844610	YENIFER RAQUEL RODRIGUEZ BLANCO	Profesional en medicina	Retirar

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1048938285		MEDINA PEREZ MARIA JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 18 36-13 BARRIO PLAZA PRINCIPAL	CARTAGENA-BOLIVAR	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-05	2025-05	1551638781	9486946160	I	2025/06/20	2025/06/13	NEQUI	\$487,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,680,000	\$268,800			\$1,680,000	\$210,000			\$0	\$0			\$1,680,000	\$8,800	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,680,000	\$268,800			\$1,680,000	\$210,000			\$0	\$0			\$1,680,000	\$8,800	
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					\$1,680,000	\$268,800			\$1,680,000	\$210,000			\$0	\$0			\$1,680,000	\$8,800	
1	CC 1048938285	MEDINA MARIA	230301	30	\$1,680,000	\$268,800	ESSC07	30	\$1,680,000	\$210,000	0	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,680,000	\$8,800	0
Total Afiliados(1)					\$1,680,000	\$268,800			\$1,680,000	\$210,000			\$0	\$0			\$1,680,000	\$8,800	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1048938285		MEDINA PEREZ MARIA JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 18 36-13 BARRIO PLAZA PRINCIPAL	CARTAGENA-BOLIVAR	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-05	2025-05	1551638781	9486946160	I	2025/06/20	2025/06/13	NEQUI	\$487,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$268,800	\$0	\$0	\$268,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$268,800	\$0	\$0	\$268,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,800	\$0	\$0	\$8,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,800	\$0	\$0	\$8,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$210,000	\$0	\$0	\$210,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	\$210,000	\$0	\$0	\$210,000
TOTAL				1	\$487,600	\$0	\$0	\$487,600