FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA

Dependencia:	GERENCIA	Fecha:	JULIO DE 2025

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	15.450.000			Valor a Pagar:	5.150.000
Número	CO1.PCCNTR.7670786	Fec. Suscripción:	19/03/2025	Fecha de iniciación:	19/03/2025
N° CDP:	250310004	Fecha:	10/03/2025	Fecha de terminación:	30/06/2025
N° RP:	250319003	Fecha:	19/03/2025	Duración	Meses 104 Días
Rubro Presupuestal:	Honorarios Administrativos			Periodo a pagar:	Pago Periodo No. 4 del Contrato
Requiere Informe:		Entregó Informe:	Suspensión	En tiempo	Prorroga En tiempo

OBJETO DEL CONTRATO:

LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL DEL ÁREA DEL CONOCIMIENTO DE LAS CIENCIAS ECONÓMICAS PARA BRINDAR ASESORÍA A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO EN ASUNTOS CONTABLES, FINANCIEROS Y PRESUPUESTALES.

FORMA DE PAGO:

El contrato es por la suma de QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($15.450.000.oo), que corresponde a los honorarios que la ESE pagará al Contratista. El valor de la prestación de los servicios se pagará en Tres (03) cuotas, cada una por valor de CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($5.150.000.oo), previa presentación de la cuenta de cobro y el informe de Gestión. PARÁGRAFO. Para efectos de los desembolsos de que trata la presente cláusula, el Contratista deberá acreditar su debida afiliación y cotizaciones al Sistema de Seguridad Social.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	BERNARDO DE ARCO MARTINEZ				
Identificación:	Tipo de documento	Cédula: X	Nit:	Número: 9.093.355	DV.
Dirección:	CALAMARES - ETAPA 6 MANZANA 91 LOTE 29				
Número de Teléfono:		FAX:		CEL: 3007624057	
Clase y número de cuenta	Corriente:	Ahorros X	Número: 015268006	Banco: BANCO DE BOGOTA	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	X	Persona Jurídica	Regimen	simplificado
	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	4
El informe cumple con lo estipulado en el contrato	X	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano		Fecha:	
Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas					

Persona Natural:

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
Valor pagado	250.000	Periodo	JUNIO 2025	Valor pagado		Periodo	
Comprobante de pago Número:	9488679829			Comprobante de pago Número:			
Fecha de pago:	11/07/2025			Fecha de pago:			

Aportes a ARL				NOTA:
Valor pagado	10.500	Periodo	JUNIO 2025	
Comprobante de pago Número:	9488679829			
Fecha de pago:	11/07/2025			

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se estan ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplio con los pagos de la seguridad social en salud, arl y pension, 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.

APLICACION RETENCION

Manifesto y declaro bajo la gravedad juramentada que; Para efectos de la base del calculo de la retencion en la fuente establecidas en el Articulo 1.2.4.1.6 del decreto unico tributario 1625 de 2016 el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compesaciones por servicios personales bajo cierta circunstancia, que NO he contratado o vinculado dos (02) o mas trabajadores o contratista asociados a mi actividad economica por un termino superior a 90 dias continuos o discontinuos.

Anexos: Copia de aporte de pensión **SI** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro **SI**

RMA CONTRATISTA:	**FIRMA SUPERVISOR:**
OMBRE CONTRATISTA: BERNARDO DE ARCO MARTINEZ	**NOMBRE SUPERVISOR:** ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO
C.C.: 9.093.355	**CARGO:** SUBGERENTE

Arroyohondo - Bolívar, Julio de 2025.

CONTRATISTA	**BERNARDO DE ARCO MARTINEZ**
FECHA DEL CONTRATO:	**19/03/2025**
Nº DEL CONTRATO:	**CO1.PCCNTR.7670786**
OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO:	**LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL DEL ÁREA DEL CONOCIMIENTO DE LAS CIENCIAS ECONÓMICAS PARA BRINDAR ASESORÍA A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO EN ASUNTOS CONTABLES, FINANCIEROS Y PRESUPUESTALES.**
PLAZO:	**Desde el acta de inicio hasta el Treinta (30) de Junio de 2025.**
SUPERVISOR:	**ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO**

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el cuarto período del contrato referenciado, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

Obligaciones contractuales	Actividades ejecutadas
1) Cumplir a cabalidad con la obligación adquirida mediante el presente contrato.	1) Durante el periodo laborado, se cumplió a cabalidad con las obligaciones correspondientes respecto al presente contrato.
2) Consolidar la información de las diferentes áreas que intervienen en el proceso financiero (contabilidad, cartera, facturación, pagaduría, almacén, presupuesto).	2) Se realizó la debida recopilación de la información pertinente con respecto a la parte financiera en general.
3) Analizar la información presentada por cada una de las áreas financieras.	3) Con respectos a la información financiera, se realizó análisis de esta para su respectivo trámite administrativo.
4) Otorgar asistencia para validar la información financiera y atender los plazos y condiciones de la presentación de la información financiera, económica y social fijados por la Contaduría General de la Nación y la Contraloría General de la República, toda vez que esta constituye el insumo necesario para la elaboración de los informes de seguimiento y control sobre eficiencia de gasto público y la gestión eficiente de activos.	4) Se realizó la validación de la información financiera de la ESE, para así contar con información adecuada la cual debe ser presentada a los entes de control para su respectivo seguimiento.
5) Rendir los informes solicitados por el Supervisor.	5) Con relación al mes correspondiente de trabajo, realice la rendición de los informes a la supervisora del contrato.
6) Elaboración y envío de información contable a la Contraloría General de la Nación y a la Contaduría General de la República, si el Supervisor del contrato lo indica.	6) Cada vez recibida las indicaciones de la supervisora del contrato, realice la elaboración y envió de información a los entes de control.

7) Ingreso de causaciones y notas contables, reclasificaciones, depreciaciones, amortizaciones y provisiones a través del software de la entidad.	7) Durante el mes en mención de trabajo realice las respectivas causaciones, notas contables y demás actividades a realizar mensualmente para llevar a cabo un buen control contable y administrativo.
8) Revisión de estado de cartera.	8) Se ejecutó la respectiva revisión de cartera siempre y cuando fue necesario.
9) Elaboración y envío de informe de la circular única Supersalud, cuando sea requerido por Supervisor.	9) Esta actividad se lleva a cabo, una vez requerida, lo cual se hace necesario informar que dicha información se hace reporte cuando se efectúe dicho requerimiento.
10) Elaboración estados financieros.	10) Durante el periodo correspondiente se realizó la elaboración y entrega de los estados financieros.

Atentamente,

BERNARDO DE ARCO MARTINEZ
C.C: No. 9.093.355
Contratista

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9093355		DEARCO MARTINEZ BERNARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BR SANTA LUCIA	CARTAGENA-BOLIVAR	6611489	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1621305008	9488679829	I	2025/07/11	2025/07/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$260,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	9093355	DE ARCO BERNARDO		0	$0	$0	EPS048	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$10,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$0	$0			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$0	$0	$10,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,500	$0	$0	$10,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				**1**	**$260,500**	**$0**	**$0**	**$260,500**