

		FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA					
Dependencia:		Número de pago/ total de pagos:		3/3	Fecha:	11/08/2025	
ACTO ADMINISTRATIVO							
DATOS DEL CONTRATO	Valor total:	\$ 12.000.000,00	Valor Mensual:	4.000.000,00			
	Número:	091/2025	Fec.Suscripción	14 DE ABRIL DE 2025	Fecha de iniciación:	14 DE ABRIL DE 2025	
	N° CDP:		Fecha :	14 DE ABRIL DE 2025	Fecha de terminación:	14 DE AGOSTO 2025	
	N° RP:		Fecha :	14 DE ABRIL DE 2025	Duración:	3 Meses	
	Rubro Presupuestal:	2.12.02.02.009.04	Periodo a pagar:	JULIO			
	Requiere Informe:	SI: ☒	NO: ☐	Suspensión No.:	En tiempo: ☐		
	Entregó Informe:	SI: ☒	NO: ☐	Prorroga: No.:	En tiempo: ☐		
OBJETO DEL CONTRATO:	ASESOR EXTERNO EN EL AREA DE FACTURACION,CARTERA Y SISTEMAS						
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA							
Nombre:	OSCARIS GONZALO GOMEZ HERNANDEZ						
Identificación:	Tipo de documento:	C.C	X	Nit.	Número:	72,225,338 DV. ☐	
Dirección:	CALLE 48 N° 29-63 BARRANQUILLA						
Número de Teléfono:			FAX:	CEL.		3243721200	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros:	X	Número	Banco Agrario de Colombia	
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	X		Persona Jurídica:		
		Gran Contribuyente:			Autoretenedor:		
		IVA Régimen Común:			Entidad sin ánimo de lucro		
		IVA Régimen Simplificado:					
		He verificado de esta información frente al RUT :				SI: ☐ NO: ☐	
INFORME DEL SUPERVISOR							
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:		SI: ☒	NO: ☐	# de folios:	4	
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato:		SI: ☒	NO: ☐			
	Se remitió al Grupo de contratación ó Talento Humano:		SI: ☒	NO: ☐	Fecha:	11/08/25	
	Observaciones del Interventor a las actividades ejecutadas:						
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural: YORELIS TABORDA GONGORA						
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión			
	Valor pagado \$	Periodo		Valor pagado \$ 228.800	Periodo		
	Comprobante de pago Número:			Comprobante de pago Número:9488187535			
	Fecha de pago:			Fecha de pago:			
	Solicitud de descuento de aportes sociales en el pago de seguridad social POR NORMA APARTI DEL 1 DE JULIO 2025			Pensionado:	SI: ☐ NO: ☐		
			Certificación:	SI: ☐ NO: ☐			
	Persona Jurídica:		Anexa Certificación del Revisor Fiscal:		SI: ☐ NO: ☒		
SOLICITUD DE PAGO	Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión 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.						
Anexos: Copia de aporte a pensión		SI: ☐	NO: ☐	Cuenta de Cobro	SI: ☒	NO: ☐	
Copia de aporte a salud		SI: ☐	NO: ☐				
			FIRMA SUPERVISOR NOMBRE SUPERVISOR: KATERINE CORDOBA NIETO CARGO: SUBGERENTE CIENTIFICO				
FIRMA CONTRATISTA OSCARIS GOMEZ HERNANDEZ CC 72225338							