FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS

Código: FTO-GAJ-SCAP-22
Versión: 4
Fecha: 26/02/2025

a:	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Número de pago/ total de pagos:	1/4	Fecha:	5/08/2025

DATOS DEL CONTRATO

Valor:	$30.000.000			Valor mensual:	$7.500.000
Número:	EBS475-25	Fec.Suscripción	20 DE JUNIO DE 2025	Saldo del contrato:	$22.500.000
Nº CDP 1:	701	Fecha :	10 DE JUNIO DE 2025	Fecha de iniciación:	25/06/2025
Nº CDP 2:		Fecha :		Fecha de terminación:	24/11/2025
Nº RP 1 :	1298	Fecha :	20 DE JUNIO DE 2025		
Nº RP 2:		Fecha :		Duración:	4 Meses
Rubro Presupuestal:	232020200993121			Periodo a pagar:	del 25 de junio al 24 de julio de 2025
Requiere Informe:	Si: X	NO:		Suspensión No :	En tiempo:
Entregó informe:	Si: X	NO:		Prorroga: No :	En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN EN LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO DEL EQUIPO BASICO DE SALUD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL LINEAMIENTO DEL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL EN APS.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	JAIRO ALFONSO FERNANDEZ TORRES								
Identificación.	Tipo de documento.	Cédula	x	Nit.		Número:	1.032.360.291	DV.	
Dirección:	EDIFICIO TERRITORIO MIO. TRASV 54 # 36-96								
Número de Teléfono:				FAX.			CEL.	3132023125	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros:	X	Número	570489870016909	Banco:	DAVIVIENDA	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"				
Persona Natural:	X	Persona Jurídica:		
Gran Contribuyente:		Autoretenedor:		
Responsable de IVA		Entidad sin ánimo de lucro		
NO responsable de IVA	X			

He verificado de esta información frente al RUT: SI: X NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presento el informe correspondiente: SI: X NO: # de folios:
El informe cumple con lo estipulado en el contrato: SI: X NO:
Observaciones del supervisor a las actividades ejecutadas:

Se anexa informe de supervision de ejecucion contractual (FTO-SAF-ISEC) e informe de actividades realizadas por el contratista

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado $	217.400 + 375.000	Periodo: junio/2025 - julio/2025	Valor pagado $	278.300 + 480.000	Periodo: junio /2025 - julio /2025
Comprobante de pago Número:	1580238292-1650234724		Comprobante de pago Número Planilla):	1580238292-1650234724	
Fecha de pago:	26/06/2025 - 24/07/2025		Fecha de pago:	26/06/2025 - 24/07/2025	

Aportes a A.R.L.			Pensionado:	SI:	NO: X
Valor pagado $	9.100 + 73.100	Periodo: junio/2025 - julio/2025	Certificación:	SI:	NO:
Comprobante de pago Número:	1580238292-1650234724				X
Fecha de pago:	26/06/2025 - 24/07/2025				

Persona Jurídica: SI: NO: X

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se ejecutaron conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud, pensión y Administradora de Riesgos Laborales conforme a las normas vigentes, por lo tanto autorizo el pago por valor de $7.500.000

Anexos:						
Copia de aporte a pensión	Si: X	NO:	Cuenta de Cobro	Si: X	NO:	
Copia de aporte a salud	Si: X	NO:	factura	SI:	NO:	
Copia de aporte A.R.L.	Si: X					

Jairo A. Fernandez

FIRMA CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA: JAIRO ALFONSO FERNANDEZ TORRES
C.C.: 1.032.360.291 de Bogotá

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: KATHERINE EGEA AMADOR
C.C.: 22.807.540
DENOMINACION DEL CARGO: SUBGERENTE CIENTIFICA
AREA ASIGNADA: SUBGERENCIA CIENTIFICA
NOMBRE APOYO SUPERVISION: MARCELA MAHECHA RAMIREZ
CARGO: COORD LOCALIDAD 1

	INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: FTO-SAF- ISEC-28 Versión: 1 Fecha: 07/07/2020

TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.

NO. CONTRATO: EBS475-25

NOMBRE CONTRATRISTA: JAIRO ALFONSO FERNANDEZ TORRES

IDENTIFICACION: 1.032.360.291 de Bogota.

FECHA DE INICIO DE CONTRATO:	25 de Junio de 2025
PERIODO DEL INFORME:	25 de junio a 24 de julio de 2025.
LUGAR DE EJECUCION (area):	ESE HOSPAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL LINEAMIENTO DEL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL EN APS

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION	RESULTADO CUMPLE/NO CUMPLE
1. Realizar consulta de **PROFESIONAL DE MEDICINA GENERAL**, en el territorio que le sea asignado, teniendo como metasa cumplir según perfil 238 atenciones mensuales.	El profesional realizo las atenciones de consulta por la PROFESION DE MEDICINA GENERAL. Cumplio con las metas establecidas durante el periodo del informe.	CUMPLE
2. Asistir a capacitaciones programadas, con evidencias que soporten la asistencia, foto y lista de asistencia	El profesional asistio a las capacitacioens programadas por la ESE HLCI, dia 14 de julio del presente año asisto a capacitaciones y reuniones orgranizada por la jefe Marcela Mahecha para reinduccion la cual fue llevada a cabo en el auditorio de HLCI como se puede constatar en las evidencias enviadas.	CUMPLE
3. Realizar 2 ciclos educativos por 3 sesiones cada mes.	El profesional realizo los cilclos educativos exigidos en sus obligaciones contractuales. Tema manejado fue educacion para fortalecer higiene y habitos saludables.	CUMPLE
4. Entregar dr manera semanal, diligenciada la matriz de informacion y el formato de canalizacion en Excel.	El profesional granatizo la entrega semanal de la matriz de informacion y el formato de canalizacion en Excel.	CUMPLE
5. Diligenciar y entregar la hoja de gasto por usuario de manera semanal.	Entregue la hoja de gasto de los usuaurios atendidos por medicina	CUMPLE
6. Participar minimo en 2 actividades por fuera de su territorio.	El profesional asistio a 1 actividades fuera de su territorio el dia 9 de julio de 2025 realizada en la carcel Vista Hermosa . No fueron programadas mas actividades.	CUMPLE
7. Entregar informe mensual 5 dias antes de la cuenta de cobro.	El profesional entrego el informe mensual y la cuenta de cobro	CUMPLE
8. Al finalizar el contrato entregar todos los equipos e insumos sunistrados.	No aplica para el periodo ejecutado	CUMPLE
9. Garantizar el registro clinico de cada antencion realizada, al momento de pasar la cuenta de cobro, todo debe estra diligenciado en la plataforma dispuesta por la entidad.	El profesional garantizo el registro clinico de cada atencion realizada de forma sistematizada, ingresadas en sistema GCI,	CUMPLE

OBSERVACIONES:

FIRMA : **NOMBRE: KATHERINE EGE AMADOR** **CARGO: SUBGERENTE CIENTIFICA**	**FIRMA :** **NOMBRE: MARCELA MAHECHA RAMIREZ** **CARGO: COORDINADORA EXTRAMURAL LOCALIDAD 1**