



FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA



Dependencia:	GERENCIA				Fecha:	Agosto de 2025		
ACTO ADMINISTRATIVO								
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	7.280.000,00		Valor a Pagar:	1.820.000,00			
	Número	CO1.PCCNTR.7791467	Fec. Suscripción:	16/04/2025	Fecha de iniciación:	16/04/2025		
	N° CDP:	250401052	Fecha:	01/04/2025	Fecha de terminación:	31/07/2025		
	N° RP:	250416033	Fecha:	16/04/2025	Duración	Meses 107 Días		
	Rubro Presupuestal:	Servicios Tecnicos Administrativos		Periodo a pagar:	Periodo No. 4 del contrato			
	Requiere Informe:	Entregó Informe:	Suspensión	En tiempo	Prorroga	En tiempo		
OBJETO DEL CONTRATO:	LA CONTRATACIÓN DE UNA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES QUE BRINDE ACOMPAÑAMIENTO Y SOPORTE OPERATIVO Y LOGÍSTICO EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LOS PROCESOS DE ASEPSIA, HIGIENE, SEGURIDAD Y MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES, EL MOBILIARIO, LOS EQUIPOS Y DISPOSITIVOS DE LA SEDE FÍSICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO.							
FORMA DE PAGO:	El valor del contrato es de SIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE (\$7.280.000), que corresponde a los honorarios que la ESE pagará al Contratista. El valor de la prestación de los servicios se pagará en Cuatro (04) cuotas, por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE (\$1.820.000), previa presentación de la cuenta de cobro y el informe de Gestión. PARÁGRAFO. Para efectos de los desembolsos de que trata la presente cláusula, la Contratista deberá acreditar su debida afiliación y cotizaciones al Sistema de Seguridad Social.							
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA								
Nombre:	MAYURIS MARÍA MARTINEZ HERAZO							
Identificación:	Tipo de documento	Cédula:X	Nit:	Número: 30896301	DV.			
Dirección:	CARRERA 6 # 1a-72 MACHADO - BOLIVAR.							
Número de Teléfono:				FAX:	CEL: 3116538891			
Clase y número de cuenta	Corriente:	Ahorros X	Número: 293276796	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	3		
	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 actividades ejecutadas							
Persona Natural:								
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Aportes a Salud			Aportes a Pensión				
	Valor pagado	179.000	Periodo	JULIO 2025	Valor pagado	229.100	Periodo	JULIO 2025
	Comprobante de pago Número:	9489060508		Comprobante de pago Número:	9489060508			
	Fecha de pago:	13/08/2025		Fecha de pago:	13/08/2025			
	Aportes a ARL			NOTA:				
	Valor pagado	34.900	Periodo	JULIO 2025				
Comprobante de pago Número:	9489060508							
Fecha de pago:	13/08/2025							
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 Artículo 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			
FIRMA CONTRATISTA:				FIRMA SUPERVISOR:				
NOMBRE CONTRATISTA:	MAYURIS MARÍA MARTINEZ HERAZO			NOMBRE SUPERVISOR:	ALEXANDRA DANIELA CASSIANO OROZCO			
C.C.:	30896301			CARGO:	SUBGERENTE			

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO NIT 806008082-4 	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN
---	--

Arroyohondo, Bolívar.
Fecha: Agosto de 2025

CONTRATISTA	MAYURIS MARÍA MARTINEZ HERAZO
FECHA DEL CONTRATO:	16/04/2025
Nº DEL CONTRATO:	CO1.PCCNTR.7791467
OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO:	LA CONTRATACIÓN DE UNA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES QUE BRINDE ACOMPAÑAMIENTO Y SOPORTE OPERATIVO Y LOGÍSTICO EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LOS PROCESOS DE ASEPSIA, HIGIENE, SEGURIDAD Y MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES, EL MOBILIARIO, LOS EQUIPOS Y DISPOSITIVOS DE LA SEDE FÍSICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO.
PLAZO:	Desde el acta de inicio hasta el Treinta y Uno (31) de Julio de 2025.
SUPERVISOR:	ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO

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

Obligaciones contractuales	Actividades ejecutadas
1. Garantizar que se mantengan unas condiciones de asepsia e higiene adecuadas, en especial en las áreas críticas y de atención médica, la infraestructura, mobiliarios y equipos de la ESE.	1. Garantice que se mantuvieran las condiciones de asepsia e higiene adecuadas, en especial en las áreas críticas y de atención médica, la infraestructura, mobiliarios y equipos de la ESE.
2. Procurar mantener la limpieza adecuada de los equipos que se encuentran en las instalaciones del Hospital.	2. Mantuve la limpieza adecuada de los equipos que se encuentran en las instalaciones del Hospital.
3. Mediante la correcta ejecución de sus actividades, contribuir a mantener la seguridad de las personas dentro del edificio de la ESE.	3. Contribuí al mantenimiento y la seguridad de las personas dentro del edificio de la ESE.
4. Proveer a los usuarios de vestuario y ropa de cama en condiciones asépticas.	4. En condiciones asépticas promocione a los usuarios de vestuario y ropa de cama.
5. Garantizar que los pacientes y el personal cuenten con los servicios	5. Garantice que los pacientes y el personal de la ESE, cuenten con los



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO
NIT 806008082-4



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

auxiliares generales de apoyo para la atención en consulta externa y emergencia. 6. Aplicar los protocolos y guías de manejo establecidos por la E.S.E Centro de salud con Cama de Arroyohondo. 7. Cumplir con la clasificación de los residuos hospitalarios que se generen en los servicios, según lo establecido en el Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios. 8. Cumplir con el reglamento de higiene y seguridad de acuerdo al programa de salud ocupacional. 9. Reportar los incidentes y eventos adversos en cada uno de los servicios ante el respectivo jefe del servicio o de turno. 10. Disponibilidad de prestar sus servicios en horarios diurnos y nocturnos de acuerdo a la necesidad de la institución.	servicios generales de apoyo para la atención en consulta externa y emergencia. 6. Realice la aplicación de los protocolos y guías de manejo establecidos por la E.S.E Centro de salud con Cama de Arroyohondo. 7. Cumplí con la clasificación de los residuos hospitalarios que se generaron en los servicios, según lo establecido en el Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios. 8. Lleve a cabo el cumplimiento del reglamento de higiene y seguridad de acuerdo al programa de salud. 9. Realice el reporte de los incidentes y eventos adversos en cada uno de los servicios ante el respectivo jefe del servicio o de turno. 10. Preste mis servicios en horarios diurnos y nocturnos de acuerdo a la necesidad de la institución.
--	---

Cordialmente,


MAYURIS MARÍA MARTÍNEZ HERAZO
C.C. No. 30.896.301 de Calamar Bolívar

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 30896301		MARTINEZ HERAZO MAYURIS MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 6 # 1a-72	ARROYOHONDO-BOLIVAR	11111111	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000000730	9489060508	I	2025/08/04	2025/08/13	BANCO DE BOGOTA	9	\$443,100

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: ARROYOHONDO Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC	30896301	MARTINEZ MAYURIS	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	ESSC07	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30896301		MARTINEZ HERAZO MAYURIS MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 6 # 1a-72	ARROYOHONDO-BOLIVAR	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000000730	9489060508	I	2025/08/04	2025/08/13	BANCO DE BOGOTA	9	\$443,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,300	\$0	\$229,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,300	\$0	\$229,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,100	\$0	\$179,100	
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	\$178,000	\$1,100	\$0	\$179,100	
TOTAL				1	\$440,500	\$2,600	\$0	\$443,100	