| | FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS | Código: FTO-GAJ-SCAP-22<br>Versión: 4<br>Fecha: 26/02/2025 |
|---|---|---|

| Dependencia: | | Número de pago/ total de pagos: | Cuenta 1 | Fecha: | 18/09/2025 |
|---|---|---|---|---|---|

**DATOS DEL CONTRATO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor: | $201.897.640 | | | Valor mensual: | $31.697.640 | Saldo del contrato: $170.200.000 | |
| Número: | 175 | Fec Suscripción: | 29/08/2025 | Fecha de inicio: | | 29/08/2025 | |
| N° CDP 1: | 844 | Fecha: | 28/08/2025 | Fecha de terminación: | | 31/12/2025 | |
| N° CDP 2: | | Fecha: | | | | | |
| N° RP 1: | 1758 | Fecha: | 29/08/2025 | Duración: | 4 | Meses: | |
| N° RP 2: | | Fecha: | | | | | |
| Rubro Presupuestal: | 212070200663391 - SERVICIOS DE CATERING PARA EVENTOS<br>2450206633391 - SERVICIOS DE CATERING PARA EVENTOS | | | Periodo a pagar: | | 29 de agosto a 15 de septiembre de 2025 | |
| Requiere informe: | Si: X | | NO: | Suspensión No.: | | En tiempo: | |
| Entregó informe: | Si: X | | NO: | Prorroga No.: | | En tiempo: | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTACIÓN DE SERVICIO DE UN OPERADOR LOGISTICO PARA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL ÁREA DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | APS SALUD ASESORIAS SAS | | | | | | | | |
| Identificación: | Tipo de documento: Cédula | | NIT: | X | Número: | 900.501.002 | DV: | 1 | |
| Dirección: | ESPINAL CRA 17 NO. 32-179 | | | | | | | | |
| Número de Teléfono: | | | FAX: | | | CEL: | 300/078102 | | |
| Clase y número de cuenta: | Corriente | | Ahorros: | X | Número: | 550058000068021 | Banco: | DAVIVIENDA | |

**ASPECTOS TRIBUTARIOS**

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

He verificado de esta información tiende al RUT: SI: NO:

**INFORME DEL SUPERVISOR**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| El contratista presentó el informe correspondiente: | SI: X | NO: | # de folios: | 12 | |
| El informe cumple con lo estipulado en el contrato: | SI: X | NO: | | | |

Observaciones del supervisor a las actividades ejecutadas:

**AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD**

Se anexa informe de supervision de ejecucion contractual (FTO-SAF-SEC) e informe de actividades realizadas por el contratista .Se realizo tres actividades en el periodo de 29 de agosto a 11 de septiembre de 2025.
1. ACTIVIDAD 4: FESTIVAL DE COMETAS "VOLANDO SUEÑOS Y SONRISAS" fecha 30 de agosto de 2025
2. ACTIVIDAD 9: INTEGRACION SERVIDORES PRE PENSIONADOS" CADA FINAL ES EL PRINCIPIO DE ALGO EXTRAORDINARIO" fecha 6 de septiembre
3. ACTIVIDAD 10. SENSIBILIZACIÓN POLÍTICA DE INTEGRIDAD; "VALORES QUE NOS UNEN, INTEGRIDAD, RESPETO Y COMPROMISO EN CADA PASO", fecha 11 de septiembre de 2025

**APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

**Persona Natural**

**Aportes a Salud**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valor pagado: $ | 178.000.000 | Periodo: | SEPTIEMBRE |
| Comprobante de pago número: | | | 1075685562 |
| Fecha de pago: | | | 16 de septiembre de 2025 |

**Aportes a Pensión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valor pagado: $ | 227.800.00 | Periodo: | SEPTIEMBRE |
| Comprobante de pago Número Planilla: | | | 1075685562 |
| Fecha de pago: | | | 16 de septiembre de 2025 |
| Pensionado: | SI: | | NO: |
| Certificación: | SI: | | NO: |

**Aportes a A.R.L.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valor pagado: $ | 18.500.0 | Periodo: | SEPTIEMBRE |
| Comprobante de pago Número: | | | 1075685562 |
| Fecha de pago: | | | 16 de septiembre de 2025 |

**Persona Jurídica:** SI: x NO:

**SOLICITUD DE PAGO**

Certifico que las actividades se ejecutaron conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplio con los pagos de seguridad socialon salud,pension y administradora de riesgos laborales conforme a las normas vigentes, para el periodo de ejecucion se anexan las siguientes facturas (Factura AP6 $8.000.000, Factura AP7 $15.876.320, Factura AP8 $7.821.320) por lo anterior se autoriza el pago por valor de **$ 31.697.640**

| Anexos: | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Copia de aporte a pensión | SI: X | NO: | Cuenta de Cobro | SI: | NO: | | |
| Copia de aporte a salud | SI: X | NO: | Factura | SI: X | NO: | AP6-AP7-AP8 | |
| Copia de aporte A.R.L. | SI: X | | | | | | |

María Laura C.

FIRMA CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA: MARIA LAURA CARCAMO OYAGA

C.C: 1.047.385.727

Violeth Bresneider G.

FIRMA SUPERVISOR

| | |
|---|---|
| NOMBRE SUPERVISOR: | VIOLETH BRESNEIDER GARCIA |
| C.C: | 32.741.499 |
| DENOMINACION DEL CARGO: | PU DIRECCION TALENTO HUMANO |
| AREA ASIGNADA: | TALENTO HUMANO |
| NOMBRE APOYO SUPERVISION: | ROSIRIS MENDOZA GALVIS |
| CARGO: | LOGISTICA ADMINISTRATIVA |