Hospital Local Cartagena

FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS

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

Dependencia:		Número de pago/ total de pagos:	Cuenta 3	Fecha:	27/11/2025

DATOS DEL CONTRATO

Valor:	$ 201,897,640.00		Valor mensual	$18,760,000	Saldo del contrato: $98.240.000
Número:	175	Fec.Suscripción 29/08/2025	Fecha de iniciación:		29/08/2025
Nº CDP 1:	844	Fecha : 28/08/2025			
Nº CDP 2:		Fecha :	Fecha de terminación:		31/12/2025
Nº RP 1 :	1758	Fecha : 29/08/2025			
Nº RP 2:		Fecha :	Duración:	4 Meses	
Rubro Presupuestal:	212020200663391 - SERVICIOS DE CATERING PARA EVENTOS 245020663391- SERVICIOS DE CATERING PARA EVENTOS		Periodo a pagar:	28 DE OCTUBRE A 26 DE NOVIEMBRE 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 LOGÍSTICO 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.		3007078102		
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros	X	Número	550058000068021	Banco:	Davivienda		

ASPECTOS TRIBUTARIOS

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 frente al RUT :		SI:	NO:	

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

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:

Se anexa informe de supervision de ejecucion contractual (FTO-SAF-ISEC) e informe de actividades realizadas por el contratista. Se realizaron 2 actividades en el periodo de 28 DE OCTUBRE A 26 DE NOVIEMBRE DE 2025, listadas a continuacion:
1. ACTIVIDAD 1: FERIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL SISOYO: VIVIENDO LA SALUD Y EL AUTOCUIDADO. Realizado los dias 28,29 y 30 de octubre de 2025
2. ACTIVIDAD 5: ÁNGELES SOMOS: "COMPARTIENDO TRADICIÓN Y SABOR". Realizada el dia 1 de noviembre de 2025

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud

Valor pagado $	178,000.000	Periodo	OCTUBRE
	178,000.000	Periodo	NOVIEMBRE
Comprobante de pago Número:			1075777656
			1077084589
Fecha de pago:			15 de octubre de 2025
			25 de noviembre de 2025

Aportes a Pensión

Valor pagado $	227,800.00	Periodo	OCTUBRE
	227,800.00	Periodo	NOVIEMBRE
Comprobante de pago Número Planilla):			1075777656
			1077084589
Fecha de pago:			15 de octubre de 2025
			25 de noviembre de 2025

Aportes a A.R.L.

Valor pagado $	34,700.0	Periodo	OCTUBRE
	34,700.0	Periodo	NOVIEMBRE
Comprobante de pago Número:			1075777656
			1077084589
Fecha de pago:			15 de octubre de 2025
Fecha de pago:			25 de noviembre de 2025

Pensionado: SI: NO:

Certificación: SI: NO:

Persona Jurídica: SI: NO:

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se ejecutaron conforme a lo estableceido en el contrato, que el contratista cumplio con los pagos de seguridad social en salud, pension y administradora de riesgos laborales conforme a las normas vigentes, para el periodo de ejecucion, se anexan las siguientes facturas (**Factura AP15$15.000.000, Factura AP17 $3.760.000**), por lo anterior se autoriza el pago por valor de **$18.760.000**

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:	AP15-AP17
Copia de aporte A.R.L.	SI: X					

Maria Laura C.

FIRMA CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA: MARIA LAURA CARCAMO OYAGA

C.C.: 1,047,385,227

Violeth Bresneider Garcia

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: NA

CARGO: