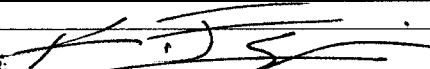
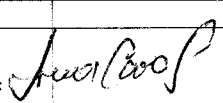


		FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS				Código: FTO-GAJ-SCAP-22 Versión: 4 Fecha: 26/02/2025																																
Dependencia:		SUBGERENCIA CIENTIFICA		Número de pago/ total de pagos:		1/2																																
				Fecha:		4 de diciembre de 2025																																
DATOS DEL CONTRATO	Valor:	\$ 15,000,000		Valor mensual:	\$ 7,500,000		Saldo del contrato: 7,500,000																															
	Número:	EBS839-25		Fec. Suscripción:	19/09/2025		Fecha de iniciación:																															
	Nº CDP 1:	725		Fecha:	19/06/2025																																	
	Nº CDP 2:			Fecha:																																		
	Nº RP 1:	1886		Fecha:	19/09/2025		Fecha de terminación:																															
	Nº RP 2:			Fecha:			24/11/2025																															
	Rubro Presupuestal:	232020200993121		Duración:	2 Meses																																	
	Requiere Informe:	Si: ☒ NO: ☐		Periodo a pagar:	25 de septiembre al 24 de octubre del 2025																																	
Entregó Informe:	Si: ☒ NO: ☐		Suspensión No.:			En tiempo:																																
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO DE LOS EQUIPO BÁSICO DE SALUD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL LINEAMINETO DEL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL EN APS RESOLUCIÓN 1928																																				
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA																																						
Nombre:		JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA																																				
Identificación:		Cédula:	☒	Nit:		Número:	45,706,575																															
Dirección:		Amberes calle Bolívar #40-27																																				
Número de Teléfono:		FAX:		CEL:		3002021570																																
Clase y número de cuenta:		Corriente:	☒	Ahorros:	☐	Número:	0550057800150855																															
				Banco:		Davivienda																																
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"		Persona Natural:		☒		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:																																	
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato:		Si: ☒ NO: ☐																																			
	Observaciones del supervisor a las actividades ejecutadas:																																					
Se anexa informe de supervisión de ejecución contractual (FTO-SAF-ISEC) e Informe de actividades realizadas por el contratista																																						
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:																																					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="4">Aportes a Salud</th> <th colspan="3">Aportes a Pensión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor pagado \$</td> <td>442,500</td> <td>Periodo</td> <td>Sept - Oct 2025</td> <td>Valor pagado \$</td> <td>566,400</td> <td>Periodo</td> <td>Sept - Oct 2025</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">35578352-35575975</td> <td>Comprobante de pago Número Planilla:</td> <td colspan="2">35578352-35575975</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">03 de Dic del 2025</td> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="2">03 de Dic del 2025</td> </tr> </tbody> </table>							Aportes a Salud				Aportes a Pensión			Valor pagado \$	442,500	Periodo	Sept - Oct 2025	Valor pagado \$	566,400	Periodo	Sept - Oct 2025	Comprobante de pago Número:	35578352-35575975			Comprobante de pago Número Planilla:	35578352-35575975		Fecha de pago:	03 de Dic del 2025			Fecha de pago:	03 de Dic del 2025			
	Aportes a Salud				Aportes a Pensión																																	
	Valor pagado \$	442,500	Periodo	Sept - Oct 2025	Valor pagado \$	566,400	Periodo	Sept - Oct 2025																														
	Comprobante de pago Número:	35578352-35575975			Comprobante de pago Número Planilla:	35578352-35575975																																
	Fecha de pago:	03 de Dic del 2025			Fecha de pago:	03 de Dic del 2025																																
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="4">Aportes a A.R.L.</th> <th colspan="3">Pensionado:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor pagado \$</td> <td>18,700</td> <td>Periodo</td> <td>Sept - Oct 2025</td> <td>Si:</td> <td>☐</td> <td>NO:</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">35578352-35575975</td> <td>Certificación:</td> <td>Si:</td> <td>☐</td> <td>NO:</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">03 de Dic del 2025</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Aportes a A.R.L.				Pensionado:			Valor pagado \$	18,700	Periodo	Sept - Oct 2025	Si:	☐	NO:	☒	Comprobante de pago Número:	35578352-35575975			Certificación:	Si:	☐	NO:	Fecha de pago:	03 de Dic del 2025						
	Aportes a A.R.L.				Pensionado:																																	
Valor pagado \$	18,700	Periodo	Sept - Oct 2025	Si:	☐	NO:	☒																															
Comprobante de pago Número:	35578352-35575975			Certificación:	Si:	☐	NO:																															
Fecha de pago:	03 de Dic del 2025																																					
Persona Jurídica:																																						
Si: ☐ NO: ☒																																						
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. \$7,500,000																																				
Anexos:		Copia de aporte a pensión		Si: ☒ NO: ☐	Cuenta de Cobro		Si: ☒ NO: ☐																															
		Copia de aporte a salud		Si: ☒ NO: ☐	Factura		Si: ☐ NO: ☒																															
		Copia de aporte A.R.L.		Si: ☒ NO: ☐																																		
 FIRMA CONTRATISTA		JULIANA SUSANA MONTES GAVIRIA 45,706,575		NOMBRE SUPERVISOR: C.C.:		KATHERINE EGEE AMADOR 22,807,540																																
				DENOMINACION DEL CARGO: AREA ASIGNADA		SUBGERENTE CIENTIFICA SUBGERENCIA CIENTIFICA																																
				NOMBRE APOYO SUPERVISION CARGO:		IRINA CARO COORDINADORA LOCALIDAD 2																																

	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: EBS839-25			
NOMBRE CONTRATISTA: JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA			
IDENTIFICACION: 45706575			
FECHA DE INICIO: 25 de SEPTIEMBRE del 2025			
PERIODO DEL INFORME: 25 de SEPTIEMBRE al 24 de OCTUBRE del 2025			
LUGAR DE EJECUCION (area)		ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS	
OBJETO DEL CONTRATO			
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO DE LOS EQUIPO BÁSICO DE SALUD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL LINEAMIENTO DEL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL EN APS RESOLUCION 1928			
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 EN MEDICINA en el territorio que le sea asignado, teniendo como metas a cumplir según el perfil 238 atenciones en el mes.	La PROFESIONAL EN MEDICINA realizo 238 atenciones en el territorio asignado por la coordinación.	CUMPLE	
2. Asistir a capacitaciones programadas, con evidencias que soporten la asistencia, foto y lista de asistencia.	La contratista asistio a la capacitación de historias clinicas programada por la coordinadora del equipo el día 26 de septiembre del 2025.	CUMPLE	
3. Realizar 2 ciclo educativo por 3 sesiones cada mes.	La contratista realizó ciclos de las educaciones desde medicina sobre: Habitos saludables en infancia y adolescentes	CUMPLE	
4. Entregar de manera semanal, diligenciada la matriz de información y el formato de canalización en Excel.	La contratista realizo la entrega de manera semanal el reporte de canalizacion de atencion y listado debidamente diligenciado	CUMPLE	
5. Diligenciar y entregar la hoja de gasto por usuario de manera semanal.	La contratista diligencio y consolido el gasto correspondiente al equipo básico	CUMPLE	
6. Participar minimo en 2 actividades mensuales por fuera de su territorio	La contratista durante este periodo no se le programaron actividades fuera del territorio; no obstante, se mantuvo en disposición de asistir en caso de que se hubiese requerido	CUMPLE	
7. Entregar informe mensual 5 días antes de la cuenta de cobro.	La contratista entrego el informe mensual 5 días antes de la cuenta de cobro	CUMPLE	
8. Al finalizar el contrato entregar todos los equipos e insumos suministrado.	La contratista a la fecha no ha realizado la entrega de los equipos e insumos suministrados, dado que el contrato aún no ha finalizado	CUMPLE	
9. Garantizar registro clínico de cada atención realizada, al momento de pasar la cuenta de cobro, todo debe estar diligenciado en la plataforma dispuesta por la entidad.	La contratista garantizo el registro clinico de cada atención realizada, al momento de pasar la cuenta de cobro, diligenciado en la plataforma dispuesta por la entidad GCI	CUMPLE	
OBSERVACIONES:			
FIRMA DEL SUPERVISOR:  NOMBRE: KATHERINE EGEE AMADOR CARGO: SUBGERENTE V CIENTIFICA		NOMBRE: IRINA CARO FIRMA APOYO DEL APOYO A LA SUPERVISION:  CARGO: COORDINADOR LOCALIDAD 2	