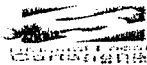
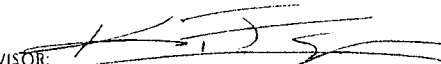
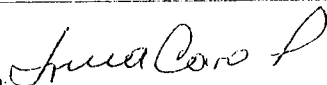


FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS				Versión: 4	
Dependencia:	SUBGERENCIA CIENTIFICA		Número de pago/ total de pagos:	2/2	Fecha: 26/02/2025
DATOS DEL CONTRATO	Valor:	15.000.000	Valor mensual:	7.500.000	Saldo del contrato:
	Número:	EB5839-25	Fecha de iniciación:	25/09/2025	
	N° CDP 1:	725	Fecha de terminación:	24/11/2025	
	N° CDP 2:		Duración:	2 Meses	
	N° RP 1:	1886	Periodo a pagar:	25 DE OCTUBRE AL 24 DE NOVIEMBRE DEL 2025	
	N° RP 2:		Suspensión No.:	En trámite	
	Rubro Presupuestal:	232020400993121	Pliego No.:	En trámite	
	Requiere li:	SI: ☒ NO: ☐			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO DEL EQUIPO BASICO DE SALUD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL LINEAMIENTO DEL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION TERRITORIAL EN APS RESOLUCION 1928				
INFORMACION BASICA DEL CONTRATISTA					
Nombre:	JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA				
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	x	Identificación:	45.706.575 DV
Dirección:	Ambarces Calle Bulivar # 40-27				
Número de Teléfono:	FAX:	Número:	0550057800150955	CEL:	3003021570
Clase y número:	Antecedentes:	Antecedentes:	x	Barrio:	Guaymilla
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Persona Natural:	Marque con "x"			
	Gran Contribuyente:	Responsable de IVA			
	NO responsable de IVA	Entidad sin ánimo de lucro			
	Ha verificado de esta información frente al RUT:	SI: ☒ NO: ☐			
INFORME DEL SUPERVISOR					
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:				
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato:				
Observaciones del supervisor a las actividades ejecutadas:					
Se anexa informe de supervisión de ejecución contractual (FIO-SAF-ISEC) e Informe de actividades realizadas por el contratista					
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:				
	Aportes a Salud				
	Valor pagado:	1.312.500	Periodo:	OCTUBRE-NOVIEMBRE 2025	Valor pagado \$
	Comprobante de pago Número:	35575975-35770953-358126969	Comprobante de pago Número Planilla:	35575975-35770953-358126969	
	Fecha de pago:	03 DE DICIEMBRE DEL 2025-19 DE DICIEMBRE DEL 2025-26 DE DICIEMBRE DEL 2025	Fecha de pago:	03 DE DICIEMBRE DEL 2025-19 DE DICIEMBRE DEL 2025-26 DE DICIEMBRE DEL 2025	
	Aportes a A.R.L.				
	Valor pagado:	102.800	Periodo:	OCTUBRE-NOVIEMBRE 2025	Permitido:
	Comprobante de pago Número:	35575975-35770953-358126969	Certificación:	SI: ☐ NO: ☒	
Persona Jurídica:					
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					
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			FIRMA SUPERVISOR		
NOMBRE CONTRATISTA: Julia Susana Montes Gaviria			NOMBRE SUPERVISOR: KATHERINE EGGA AMADOR		
C.C.: 45.706.575			C.C.: 22.807.540		
			DETERMINACION DEL CARGO: SUBGERENTE CIENTIFICA		
			AREA ASIGNADA: SUBGERENCIA CIENTIFICA		
			NOMBRE APOYO SUPERVISION: IRINA CARO		
			CARGO: COORDINADORA LOCALIDAD 2		

		INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: FIO-SAF- ISEC-28 Versión: 1 Fecha:
TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS Nº. CONTRATO: EBS839-25 NOMBRE CONTRATISTA: JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA IDENTIFICACION: 45.702.575 FECHA DE INICIO: 25 DE SEPTIEMBRE DEL 2025 PERIODO DEL INFORME: 25 DE OCTUBRE DEL 2025 AL 24 DE NOVIEMBRE DEL 2025 LUGAR DE EJECUCION: 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	
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.	El contratista realizó Realicé 238 atenciones de medicina en el territorio asignado en el periodo ejecutado del 25 de octubre del 2025 al 24 de noviembre del 2025.	CUMPLE	
Asistir a capacitaciones programadas, con evidencias que soporten la asistencia, foto y lista de asistencia.	El contratista asistió a la capacitación de historias clínicas programada por la coordinadora de la localidad 2, el día 9 de octubre del 2025.	CUMPLE	
Realizar 2 ciclos educativos por 3 sesiones cada mes.	El contratista realizó un ciclo educativo por tres sesiones en el territorio asignando sobre: prevención de accidentes en el hogar.	CUMPLE	
Entregar de manera semanal, diligenciada la matriz de información y el formato de canalización en excel.	El contratista entregó de manera semanal diligenciada la matriz de información y el formato de canalización en excel.	CUMPLE	
Diligenciar y entregar la hoja de gasto por usuario de manera semanal	El contratista durante Durante el periodo ejecutado no se Diligenció la hoja de gasto por usuarios atendidos.	CUMPLE	
Participar mínimo en 2 actividades mensuales por fuera de su territorio.	El contratista Durante el periodo ejecutado no asistió en actividades por fuera de su territorio ya que no se programaron	CUMPLE	
Entregar informe mensual 5 días antes de la cuenta de cobro.	El contratista entregó informe mensual 5 días antes de la cuenta de cobro.	CUMPLE	
Al finalizar el contrato entregar todos los equipos e insumos suministrados.	El contratista realizó la entrega de todos los equipos e insumos suministrados, adjuntó soporte de paz y salvo entregado por la Dirección de Servicios Extramurales.	CUMPLE	
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.	El contratista Garantizó el registro clínico de cada atención realizada, debidamente diligenciado en la plataforma dispuesta por la entidad GCI Y SALUD MOVIL.	CUMPLE	
OBSERVACIONES:			
FIRMA DEL SUPERVISOR:  NOMBRE: KATHERINE EGEE AMADOR CARGO: SUBGERENTE CIENTIFICA		NOMBRE: IRINA CARO LEONES  FIRMA APOYO A LA SUPERVISION: CARGO: COORDINADORA LOCALIDAD 2	