Hospital Local Cartagena	FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS	Código: FTO-GAJ-SCAP-22 Versión: 4 Fecha: 26/02/2025

Dependencia:	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Número de pago/ total de pagos:	3	Fecha:	Martes, 10 de febrero del 2026

DATOS DEL CONTRATO

Valor:	$ 213,000,000.00			Valor mensual	$26,136,370
Número:	179-25	Fec.Suscripción	8/09/2025	Fecha de iniciación:	12/09/2025
N° CDP 1:	847	Fecha :	1/09/2025	Fecha de terminación:	31/12/2025
N° CDP 2:		Fecha :			
N° RP 1 :	1824	Fecha :	8/09/2025	Duración:	3 Meses 19 Dias
N° RP 2:		Fecha :		Periodo a pagar	TERCERA CUENTA
Rubro Presupuestal:	23202010044391201-			Suspensión No.:	En tiempo:
Requiere Informe:	SI: x	NO:		Prorroga: No.:	En tiempo:
Entregó informe:	SI: x	NO:			

saldo del contrato: $206,758

OBJETO DEL CONTRATO: SUMINISTRO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE AIRES ACONDICIONADOS PARA LOS CENTROS DE SALUD QUE HACEN PARTE DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	AIRES COSTA LTDA						
Identificación:	Tipo de documento Cédula		Nit.		Número:	806,011,238	DV. 7
Dirección:	Parque Reesidencial el Contry Mz. K Lt. 5						
Número de Teléfono:			FAX:		CEL.	3176817539-3225558857	
Clase y número de cuent	Corriente:		Ahorros	x	Número 50487146318	Banco:	BANCOLOMBIA

TOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:		Persona Jurídica:
	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: X	NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente: SI: X NO: # de folios: 48

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

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud

Valor pagado $ _____ Periodo _____

Comprobante de pago Número: _____

Fecha de pago: _____

Aportes a Pensión

Valor pagado $ _____ Periodo _____

Comprobante de pago Número Planilla): _____

Fecha de pago: _____

Aportes a A.R.L.

Valor pagado $ _____ Periodo _____

Comprobante de pago Número: _____

Fecha de pago: _____

Pensionado: SI: _____ NO: _____

Certificación: SI: _____ NO: _____

Persona Jurídica:

PLANILLA : 9496279482 - 9497964185 SI: x NO: _____

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando 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 de $ 26,136,370

NOTA: El contratista presenta una nota credito por valor de $ 192.582, de la factura AC-611 por mayor valor cobrado.

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	NC AC-611
Copia de aporte A.R.L.	SI: X				

FIRMA CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA: AIRES COSTA LTDA

C.C.: 806.011.238-7

RL: SANDRA MILENA TORRES FRIAS

CC: 45.513.337 DE CARTAGENA-BOLIVAR

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: JULIO CESAR RIVERA MOLINARES

C.C.: 85.470.450 de cienega Magdalena

DENOMINACION DEL CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

AREA ASIGNADA: DIRECCION APOYO LOGISTICO

NOMBRE APOYO SUPERVISION: RAFAELA SIMARRA MIRANDA

CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

	INFORME SUPERVISION DE EJECUCION CONTRACTUAL	Código: FTO-SAF- ISEC-28 Versión: 1 Fecha: 07/07/2020

TIPO DE CONTRATO:	**ORDEN DE SERVICIO**
NO. CONTRATO: 179-2025	
NOMBRE CONTRATISTA:	**AIRES COSTA LTDA**
IDENTIFICACION:	**NIT. 806.011.238-7**
FECHA DE INICIO:	**12 de septiembre del 2025**
PERIODO DEL INFORME	**TERCERA CUENTA**
LUGAR DE EJECUCION (Área)	**En todos los centros y puestos de salud de la ESE HLCI, en los corregimientos, zona insular y en todo el Distrito de la ciudad de Cartagena, donde se requiera la instalación del servicio.**

OBJETO DEL CONTRATO.

SUMINISTRO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE AIRES ACONDICIONADOS PARA LOS CENTROS DE SALUD QUE HACEN PARTE DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS.

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 OBLIGACIÓN	RESULTADO CUMPLE/NO CUMPLE
1. Entregar los equipos de aires acondicionados cumpliendo con las especificaciones técnicas descritas en la oferta presentada y establecidas dentro del contrato.	El contratista entrego los equipos de aires acondicionados cumpliendo con las especificaciones técnicas descritas en la oferta presentada y establecidas dentro del contrato. Ver anexo registro fotografico.	cumple
2.Entregar equipos en buenas condiciones, en caso de que presenten problemas y conflictos en sus componentes, el Contratista deberá suministrar otros equipos, en el término de dos días siguientes al reporte de las fallas garantizando que se encuentren en óptimas condiciones.	El contratista entrego los equipos en buenas condiciones, en caso de que presenten problemas y conflictos en sus componentes, el Contratista se compromete a suministrar otros equipos, al reporte de las fallas garantizando que se encuentren en óptimas condiciones.	cumple
3.Instalar en sitio los equipos adquiridos por la ESE sin que se genere un costo adicional alguno	El contratista instalo los Equipos de Aires Acondicionados en sitio adquiridos por la ESE sin que se genere un costo adicional alguno.	cumple
4.Realizar entrega de equipos de aires acondicionados en calidad y condiciones según sea la necesidad	El contratista realizo entrega de los equipos de aires acondicionados en calidad y condiciones según fue la necesidad. Ver anexo registro fotografico y entradas a almacen	cumple
5.Cumplir con los demás parámetros establecidos dentro del contrato y de los requerimientos de la E.S.E.	En cumplimiento.	cumple

Observaciones:

FIRMA DEL SUPERVISIOR: **NOMBRE: JULIO CESAR RIVERA MOLINARES** **CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO**	**FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISION:** **NOMBRE : RAFAELA SIMARRA MIRANDA** **CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO**