

EL SUSCRITO SUPERVISOR

CERTIFICA:

Que el contratista **SUSANA BEDOYA PARRA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 20830895, cumplió a cabalidad con el objeto del contrato de **2026010536** de la E.S.E. Hospital Departamental San Simón de Victoria Caldas, con fecha de suscripción del 01 de Enero de 2026.

Informe correspondiente al mes de **Febrero** de 2025.

El contratista presenta debidamente, la planilla de aportes al sistema de seguridad social en salud del mes de **Febrero**, así:

ENTIDAD	No. PLANILLA	VALOR
EPS	4641398371	218.900
FONDO	4641398371	280.800
RIESGOS LABORALES	4641398371	42.700

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

Valor total del contrato N° **2026010536** \$ 3.675.000

Primer pago según cuenta de cobro N° 001 \$ 1.837.500

Segundo pago según cuenta de cobro N° 002 \$ 1.837.500

Saldo pendiente por ejecutar \$ 0

EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR:

El contratista cumplió oportunamente los requisitos previos para la ejecución del contrato y/o sus modificaciones: SI NO

El contratista ha cumplido con las obligaciones pactadas en el contrato:
SI NO

El contratista ha cumplido con las condiciones de calidad en el bien, obra o servicio contratados con la entidad: SI NO



ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMON
VICTORIA CALDAS
NIT 890.802.628-6

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISIÓN SOBRE LA EJECUCIÓN:

Ninguna
Durante la ejecución se le efectuaron requerimientos: SI___ NO_X__

**Estas observaciones de no ser atendidas por el contratista de forma oportuna, se tendrán en cuenta para la liquidación del contrato de acuerdo a lo establecido en las cláusulas de este y en las normas contractuales.

Por lo expuesto, avalo se gire la suma de **\$1.837.500**, de acuerdo a la cláusula cuarta del Contrato N° **2026010536** del 2026, por los servicios prestados durante el mes de **Febrero** de 2026.

Dado en Victoria Caldas a los 28 días de Febrero de 2026

NUBIA PEREZ
CC. No 25.221.141

Supervisión

Elaboro Katerine Alexandra Castaño Bedoya-Jefe Enfermería - Contratista-
-Apoyo a la Supervisión

SAN SIMÓN
IA-CALDAS



ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMON
VICTORIA CALDAS
NIT 890.802.628-6



HOSPITAL SAN SIMÓN
VICTORIA-CALDAS

Carrera 4 No 8 – 23
Celular 3167432506 – 3167432516
Página Web esesansimonvictoria.gov.co Email hsansimon423@yahoo.es