


		FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA					
Dependencia:		ASISTENCIAL			Fecha:	14 de ABRIL 2026	
ACTO ADMINISTRATIVO							
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	5.253.000		Valor a Pagar:	1,751,000		
	Número	CO1.PCCNTR.8860867	Fec. Suscripción:	15-01-2026	Fecha de iniciación:	15-01-2026	
	N° CDP:	260105015	Fecha:	05-01-2026	Fecha de terminación:	31-03-2026	
	N° RP:	260115015	Fecha:	15-01-2026	Duración	2 Meses 17 Días	
	Rubro Presupuestal:	Remuneracion por servicios tecnicos			Periodo a pagar:	TERCER PERIODO DEL CONTRATO	
Requiere Informe:	SI	Entregó Informe:	si	Suspensión	si	Prorroga En tiempo	
OBJETO DEL CONTRATO:	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UNA AUXILIAR DE ENFERMERÍA, CONSISTENTE EN BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO Y SOPORTE A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO EN EL AREA DE URGENCIAS.						
FORMA DE PAGO:	EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO SE PAGARA EN TRES (03) CUOTA, A RAZON UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS M/GTE (\$1.751.000), EXCENTO DE IVA						
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA							
Nombre:	MARIA TERESA CASSIANI ESCOBAR						
Identificación:	Tipo de documento	Cédula: X	Nit:	45739653	DV.		
Dirección:	CALLE 9 N° 7-27 ARROYOHONDO BOLIVAR						
Número de Teléfono:				FAX:	3107361905		
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros X	Número: 204858542	Banco: BANCO DE BOGOTA			
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Persona Natural:	X		Persona Jurídica			
	Regimen	simplificado					
	Marque con "X"	Gran Contribuyente		Autoretenedor			
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	No Folios	3	
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato	SI	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano			si	Fecha: Abril-14-2026
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas						
Persona Natural:							
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Aportes a Salud			Aportes a Pensión			
	Valor pagado	218.900	Periodo	MARZO	Valor pagado		
	Comprobante de pago Número:	9502071719		Comprobante de pago Número:			
	Fecha de pago:	7-abr-26		Fecha de pago:			
	Aportes a ARL			NOTA:			
	Valor pagado	42.700	Periodo	MARZO			
Comprobante de pago Número:	9502071719						
Fecha de pago:	7/04/2026						
Persona Jurídica:	Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: x						
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 la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.						
APLICACION RETENCION	Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, "Que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos"						
Anexos:	Copia de aporte de pensión SI		Copia de aporte de salud SI		Cuenta de Cobro SI		
FIRMA CONTRATISTA:				FIRMA SUPERVISOR:			
NOMBRE CONTRATISTA:	MARIA TERESA CASSIANI ESCOBAR			NOMBRE SUPERVISOR:	ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO		
C.C.:	45.739.653			CARGO:	SUBGERENTE SUPERVISOR DEL CONTRATO		



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO
NIT: 806.008.082-4



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS
DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A
LA GESTIÓN**

Arroyo Hondo, Bolívar

Fecha: ABRIL 2026

CONTRATISTA	MARIA TERESA CASSIANI ESCOBAR
FECHA DEL CONTRATO:	15/01/2025
Nº DEL CONTRATO:	CO1.PCCNTR.8860867
OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO:	<i>LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UNA AUXILIAR DE ENFERMERÍA, CONSISTENTE EN BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO Y SOPORTE A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO EN EL AREA DE URGENCIAS</i>
Plazo	DESDE EL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE MARZO DE 2026
SUPERVISOR:	ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el TERCER período del contrato, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

Obligaciones contractuales	Actividades ejecutadas
<ol style="list-style-type: none">1. capacitar a los pacientes respecto del Programa de Promoción y Mantenimiento de la Salud;2. prestar apoyo permanente al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para el propósito de lograr una cobertura universal de vacunación3. realizar las anotaciones de enfermería en forma clara, concisa y veraz;4. velar por la adecuada y racional utilización de los recursos, equipos y elementos que sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales, al igual que por el cuidado de estos y la preservación de los bienes que se encuentren bajo su custodia y control;	<ol style="list-style-type: none">1. Se educa a los pacientes respecto al programa de promoción y mantenimiento de la salud2. Brindar apoyo al programa ampliado de inmunización (PAI) para el propósito de lograr una cobertura universal de vacunación3. Desarrollo las anotaciones de enfermería en forma clara y veraz4. protejo la adecuada y racional utilización de los recursos, equipos y equipos que sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales, al igual que por el cuidado de estos y la preservación de los bienes que se encuentren bajo su custodia y control;



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO
NIT: 806.008.082-4



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS
DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A
LA GESTIÓN**

<ol style="list-style-type: none">5. aplicar los protocolos y guías de manejo establecidos por la E.S.E Centro de salud con Cama de Arroyo hondo;6. cumplir con la clasificación de los residuos hospitalarios que se generen en los servicios, según lo establecido en el Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios;7. cumplir con el reglamento de higiene y seguridad de acuerdo al programa de salud ocupacional;8. reportar los incidentes y eventos adversos en cada uno de los servicios ante el respectivo jefe del servicio o de turno9. las demás actividades asignadas por el supervisor que tengan relación con el objeto contractual.	<ol style="list-style-type: none">5. empleo los protocolos y guías de manejo establecidos por la ESE centro de salud con cama de arroyo hondo6. realizo la clasificación de los residuos hospitalarios que se generen en los servicios, según lo establecido en el plan de gestión de residuos hospitalarios7. cumpro con el reglamento de higiene y seguridad de acuerdo al programa de salud ocupacional8. comunico los incidentes y eventos adversos en cada uno de los servicios anta el respectivo jefe del servicio de turno9. las actividades asignadas por el supervisor se cumplen mientras tengan relación con el objetivo contractual
--	--

Cordialmente

MARIA TERESA CASSIANI ESCOBAR

CC 45.739.653

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 45739653		CASSIANI ESCOBAR MARIA TERESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 3 CRR 5 # 54	ARROYOHONDO-BOLIVAR	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	203532303	9502071719	I	2026/04/15	2026/04/07	NEQUI	0	\$261,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: ARROYOHONDO Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	45739653	CASSIANI MARIA		0			ESSC07	30	\$1,750,905	\$218,900		0			14-23	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 45739653		CASSIANI ESCOBAR MARIA TERESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 3 CRR 5 # 54	ARROYOHONDO-BOLIVAR	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	203532303	9502071719	I	2026/04/15	2026/04/07	NEQUI	0	\$261,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$261,600	\$0	\$0	\$261,600	