

		E.S.E. CAMILO TRUJILLO SILVA DE PALESTINA NIT 813.011.505-4							
<p align="center">TU SALUD COMPROMISO DE TODOS INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS</p>									
I. DATOS BÁSICOS									
1. No.	ESECTS-CON-CD-PS-107-2026		2.Tipo de Contrato:		Prestación de Servicios				
3.Plazo de Ejecución	11 MESES		4.Fecha de Inicio:	29/01/2026	5.Fecha de Finalización	30/11/2026			
NOMBRE CONTRATISTA			LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DEL SUR IPS SAS		7.C.C./C.E.oNit:		901,832,735		
8.NombreSupervisor:			TALIA YISETH COY BOHORQUEZ						
9.Dependencia que realiza el Contrato:			PRESUPUESTO Y CONTRATACIÓN						
II.DESCRIPCIÓN									
10.Objeto del Contrato:			Prestar los servicios técnicos para el procesamiento y análisis de antígeno prostático, hemoglobina glicosilada y microalbuminuria y otros que sean requeridos por la E.S.E Camilo Trujillo Silva.						
11.Periodo de ejecución del pago:			abr-26		12.Valor a pagar según periodo de ejecución:		\$ 6,561,610.00		
13.Factura de Venta y fecha de Expedición:			facturas Electrónicas de Venta N°LAB 257		14.No.Pagos de Pagos Realizados		2		
15.Aportes al sistema de seguridad social y parafiscales(cuando corresponda):			El supervisor certifica que el contratista o proveedor está cumpliendo con el pago al sistema de seguridad social y parafiscales según corresponda, conforme a: (para el caso de proveedores indique la certificación de aportes expedida por Representante Legal o Revisor Fiscal y para el caso de contratistas suministre la información relacionada a continuación)						
			Planilla de Autoliquidación No.		36629641		Fecha de Pago		05/03/2026
			Valor Aporte Salud:		\$ 442,500		Valor Total Planilla \$		\$ 2,923,600.00
			Valor Aporte Pensión:		\$ 1,769,000				
			valor CCF		\$ 442,500				
Valor Aporte A.R.L.:		\$ 269,600							
15.Aportes al sistema de seguridad social y parafiscales(cuando corresponda):			El supervisor certifica que el contratista o proveedor está cumpliendo con el pago al sistema de seguridad social y parafiscales según corresponda, conforme a: (para el caso de proveedores indique la certificación de aportes expedida por Representante Legal o Revisor Fiscal y para el caso de contratistas suministre la información relacionada a continuación)						
			Planilla de Autoliquidación No.		37019401		Fecha de Pago		09/04/2026
			Valor Aporte Salud:		\$ 442,500		Valor Total Planilla \$		\$ 2,923,600.00
			Valor Aporte Pensión:		\$ 1,769,000				
			valor CCF		\$ 442,500				
Valor Aporte A.R.L.:		\$ 269,600							
III.INFORMACION PRESUPUESTAL									
16.Fuentes del Recurso:			Funcionamiento X				Inversión		
17.RubroPresupuestal: (Se debe Diligenciar por cada uno de los rubros de afectación del contrato)			Clasificador Presupuestal		Vigencia		Valor a afectar(\$)		
					(marque con una x)				
			Rubro	Recurso	Actual	Reserva Dptal			
			2.4.5.02.09.93.195		X	2026000143	\$ 6,561,610.00		
18.Valor y Ejecución									
Valor Inicial del Contrato(\$)			\$ 20,000,000.00						
Valor Adiciones			\$ -						
Valor Total del Contrato(\$)			\$ 20,000,000.00						
Valor Ejecutado(\$):			\$ 8,298,850.00		%de Ejecución		41.5		
Saldo por Ejecutar(\$):			\$ 11,701,150.00		%por Ejecutar		58.5		
						%Total	100%		
IV.AVANCE DEL CONTRATO (ACTIVIDADES REALIZADAS O PRODUCTOS ENTREGADOS)							% DE EJECUCIÓN DE AVANCE EN TIEMPO (Con respecto al plazo de ejecución)		
Como resultado de la supervisión se pudo establecer que las actividades pactadas en el contrato se realizaron sin ninguna dificultad,realizo el análisis y se entrego el resultado de 233 muestras realizadas.									
OBSERVACION: realiza pago de estampillas municipales de la factura LAB 257.									
✓ El supervisor certifica que el contrato en mención se cumplió satisfactoriamente según como dice el objeto del mismo.				✓ Se pudo constatar el desarrollo del objeto contractual. ✓ Pago PILA IBC 40%. Aplicación decreto 1273/2018 para PILA.					
<div align="center">  TALIA YISETH COY BOHORQUEZ P.U CONTRATACION </div>									