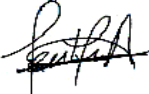


		FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA											
Dependencia:		ADMINISTRATIVO						Fecha:		Mayo de 2026			
ACTO ADMINISTRATIVO													
DATOS DEL CONTRATO		Valor Contrato: 30.000.000				Valor a Pagar: 5.000.000							
		Número CO1.PCCNTR.8880109		Fec. Suscripción: 15/01/2026		Fecha de iniciación: 15/01/2026							
		N° CDP: 260105023		Fecha: 05/01/2026		Fecha de terminación: 30/06/2026							
		N° RP: 260115018		Fecha: 15/01/2026		Duración 1 Meses 15 Días							
		Rubro Presupuestal: Honorarios Administrativos				Periodo a pagar: Pago de Periodo No. 3 del Contrato							
		Requiere Informe: si		Entregó Informe: si		Suspensión		En tiempo		Prorroga		En tiempo	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA ESE CENTRO DE SALUD COMunal DE ARROYOHONDO BOLIVAR.											
FORMA DE PAGO:		El valor del contrato es de TREINTA MILLONES DE PESOS M/cte (\$30.000.000), que corresponde a los honorarios que la ESE pagará al Contratista. El valor de la prestación de los servicios se pagará en Seis (06) cuotas, cada una por valor de CINCO MILLONES DE PESOS M/cte (\$5.000.000), previa presentación de la cuenta de cobro y el informe de Gestión. PARÁGRAFO. Para efectos de los desembolsos de que trata la presente cláusula, el Contratista deberá acreditar su debida afiliación y cotizaciones al Sistema de Seguridad Social.											
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA													
Nombre:		LEANDRA MEZA ACEVEDO											
Identificación:		Tipo de documento		Cédula: X		Nit:		Número: 1.143.352.409			DV.		
Dirección:		3106424633											
Número de Teléfono:						FAX:				CEL: 3046748455			
Clase y número de cuenta:		Corriente:		Ahorros X		Número: 000423749				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		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:			
		Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas											
		Persona Natural:											
APORTES SEGURIDAD SOCIAL		Aportes a Salud				Aportes a Pensión							
		Valor pagado 855.500		Periodo MARZO 2026		Valor pagado 1.095.100		Periodo MARZO 2026					
		Comprobante de pago Número: 9501663311				Comprobante de pago Número: 9501663311							
		Fecha de pago: 27/04/2026				Fecha de pago: 27/04/2026							
		Aportes a ARL				Caja de Compensacion Familiar							
		Valor pagado 35.800		Periodo MARZO 2026									
		Comprobante de pago Número: 9501663311											
		Fecha de pago: 27/04/2026											
		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 le 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:													
NOMBRE CONTRATISTA:		LEANDRA MEZA ACEVEDO											
C.C.:		1.143.352.409											
FIRMA SUPERVISOR:													
NOMBRE SUPERVISOR:		ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO											
CARGO:		SUBGERENTE SUPERVISOR DE CONTRATO											



INFORME DE GESTIÓN

Arroyohondo, Mayo de 2026.

Doctora:

ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO

Subgerente

ESE Centro de Salud Con Cama de Arroyohondo, Bolívar

ESD

Ref.: Informe de Gestión de Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, cuyo informe correspondiente al tercer periodo del contrato.

Cordial saludo,

Mediante el presente escrito presento ante su despacho el informe de actividades realizadas, en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios profesionales que se referencia como sigue.

Información Básica del Contrato:

No. CONTRATO	CO1.PCCNTR.8880109
CONTRATISTA:	LEANDRA MEZA ACEVEDO
CONTRATANTE:	ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO
TIPOLOGIA:	Prestación de servicios profesionales
OBJETO:	“PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO BOLIVAR”.
DURACION:	Desde el acta de inicio hasta el Treinta (30) de Junio de 2026.
VALOR:	\$30.000.000
FECHA DE INICIO:	Enero 15 de 2026



INFORME DE GESTIÓN

Actividades realizadas:

- 1) Asesore de manera oportuna lo concerniente al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
- 2) Lleve a cabo la actualización de la Matriz para la Identificación de Peligros y Valoración de los Riesgos.
- 3) Realice de manera profesional, integral y especializada el servicio para el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo a la ESE.
- 4) Lleve a cabo la programación y ejecución de capacitaciones, reentrenamientos, sensibilizaciones entre otros.
- 5) Realice todas las funciones directamente relacionadas con las actividades objeto del contrato.
- 6) Genere programas de Promoción y Prevención de los Riesgos Laborales.
- 7) Realice investigación sobre los accidentes laborales con el apoyo del COPASST, para generar los informes y así poder hacer las recomendaciones pertinentes para la respectiva intervención y evitar futuros accidentes.
- 8) Guarde absoluta reserva de la información que se maneja en el área donde se ejecuta el presente contrato.

Atentamente,

LEANDRA MEZA ACEVEDO

Asesora de Seguridad y Salud en el Trabajo

CC No. 1.143.352.409

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143352409		MEZA ACEVEDO LEANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Edificio torre 2 apto 1004	CARTAGENA-BOLIVAR	6316236	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-03	2026-03	257179071		9501663311	I	2026/04/07	2026/04/27	BANCOLOMBIA	\$1,986,400

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)					\$6,752,000	\$1,080,400			\$6,752,000	\$844,000			\$0	\$0			\$6,752,000	\$35,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$6,752,000	\$1,080,400			\$6,752,000	\$844,000			\$0	\$0			\$6,752,000	\$35,300		\$0	\$0	
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					\$6,752,000	\$1,080,400			\$6,752,000	\$844,000			\$0	\$0			\$6,752,000	\$35,300		\$0	\$0	
1	CC	1143352409	MEZA LEANDRA	25-14	30	\$6,752,000	\$1,080,400	EPS048	30	\$6,752,000	\$844,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$6,752,000	\$35,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$6,752,000	\$1,080,400			\$6,752,000	\$844,000			\$0	\$0			\$6,752,000	\$35,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143352409		MEZA ACEVEDO LEANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Edificio torre 2 apto 1004	CARTAGENA-BOLIVAR	6316236	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-03	2026-03	257179071		9501663311	I	2026/04/07	2026/04/27	BANCOLOMBIA	\$1,986,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,080,400	\$14,700	\$0	\$1,095,100	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,080,400	\$14,700	\$0	\$1,095,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,300	\$500	\$0	\$35,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$35,300	\$500	\$0	\$35,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$844,000	\$11,500	\$0	\$855,500	
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	1	\$844,000	\$11,500	\$0	\$855,500	
TOTAL				1	\$1,959,700	\$26,700	\$0	\$1,986,400	