



# FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA



Dependencia: **GERENCIA** Fecha: **MAYO de 2026**

### ACTO ADMINISTRATIVO

<b>DATOS DEL CONTRATO</b>	Valor Contrato:	22.000.000		Valor a Pagar:	2.000.000		
	Número	CO1.PCCNTR.9285691	Fec. Suscripción:	30/01/2026	Fecha de iniciación:	30/01/2026	
	N° CDP:	260122015	Fecha:	22/01/2026	Fecha de terminación:	31/12/2026	
	N° RP:	260130014	Fecha:	30/01/2026	Duración	11 Meses 0 Días	
	Rubro Presupuestal:	Mantenimiento Hospitalario Servicios			Periodo a pagar:	SEGUNDO PERIODO DEL CONTRATO	
	Requiere Informe:	Entregó Informe:	Suspensión	En tiempo	Prorroga	En tiempo	

**OBJETO DEL CONTRATO:** LA CONTRATACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN INGENIERO BIOMÉDICO QUE BRINDE ACOMPAÑAMIENTO A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO EN EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO (INCLUIDA LA MANO DE OBRA DE CORRECCIÓN) DE LOS EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS Y BIOMÉDICOS.

**FORMA DE PAGO:** El valor del contrato es de VEINTIDOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$22.000.000), que corresponde a los honorarios que la ESE pagará al Contratista. El valor de la prestación de los servicios se pagará en once (11) cuotas, p cada una por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000), 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.

**Nombre:** DIEGO ARMANDO MONSALVE ÁLVAREZ

**Identificación:** Tipo de documento: Cédula: X Nit: Número: 1095935746 DV:

**Dirección:** Barrio Los Almendros Kra 63b # 14 – 57 - SOLEDAD - ATLANTICO

**Número de Teléfono:** FAX: CEL: 3014096857

**Clase y número de cuenta:** Corriente: Ahorros X Número: 157582107 Banco: BANCO DE BOGOTA

**ASPECTOS TRIBUTARIOS**

Marque con "X" Persona Natural:  Persona Jurídica:  Regimen: simplificado

Gran Contribuyente:  Autoretenedor:

He verificado de esta información frente al RUT: SI  X  NO

**INFORME DEL SUPERVISOR**

<b>AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD</b>	El contratista presentó el informe correspondiente:	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	No Folios	4
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato	X	<input checked="" type="checkbox"/>	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano	<input type="checkbox"/>	Fecha:	Mayo-12-2026
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas						

<b>APORTES SEGURIDAD SOCIAL</b>	Aportes a Salud		Aportes a Pensión					
	Valor pagado	222.600	Periodo	marzo 2026	Valor pagado	284.900	Periodo	marzo 2026
	Comprobante de pago Número:	6011761542		Comprobante de pago Número:	6011761542			
	Fecha de pago:	08/05/2026		Fecha de pago:	08/05/2026			
	Aportes a ARL		Aportes a Caja de Compensacion Familiar					
	Valor pagado	9.400	Periodo	marzo 2026	Valor pagado	10.800	Periodo	marzo 2026
	Comprobante de pago Número:	6011761542		Comprobante de pago Número:	6011761542			
	Fecha de pago:	08/05/2026		Fecha de pago:	08/05/2026			
Persona Jurídica:	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:			SI:	NO:	x		

**SOLICITUD DE PAGO** Certifico que las actividades se estan ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplio con los pagos de la seguridad social en salud, arl y pension, 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 la gravedad juramentada que; Para efectos de la base del calculo de la retencion en la fuente establecidas en el Artículo 1.2.4.1.6 del decreto unico tributario 1625 de 2016 el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compesaciones por servicios personales bajo cierta circunstancia, que NO he contratado o vinculado dos (02) o mas trabajadores o contratista asociados a mi actividad economica por un termino superior a 90 dias 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:** DIEGO ARMANDO MONSALVE ÁLVAREZ

**NOMBRE SUPERVISOR:** ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO

**C.C.:** 1.095.935.746

**CARGO:** SUBGERENTE