	MACROPROCESO / PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CRITERIOS DE CONTROL
	APOYO / GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACIONES	ACTA DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO: A-GIC160-E
			VERSIÓN: 04
			FECHA: ENERO / 2025
			PÁGINA: Página 1 de 3

DOCUMENTO	ACTA DE INFORME DE SUPERVISIÓN NRO: 1
REFERENCIA	**CONTRATO DE SUMINISTROS DE INSUMOS DE ASEO** 043-2026 ESEPEN
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
NOMBRE	MARI LUZ MONTES GIRALDO -EC: AUTO SERVICIO LA SEPTIMA
NIT/CC	24,873,952-1

INFORMACIÓN DEL CONTRATO	
NUMERO CONTRATO	043-2026
VALOR	$ 28,523,618
ADICION	N/A
FECHA DE INICIO	14 DE MARZO DE 2026
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2026
PRORROGA	N/A
OBJETO DEL CONTRATO	"SUMINISTRO DE INSUMOS Y PRODUCTOS DE ASEO REQUERIDOS PARA GARANTIZAR LAS CONDICIONES DE LIMPIEZA,DESINFECCION Y SALUBRIDAD EN LA E.S.E HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS DE PENSILVANIA, CALDAS ,INCLUYENDO SU SEDE PRINCIPAL Y LOS CENTROS DE SALUD ADSCRITOS"

IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES

En Pensilvania, Caldas, el día 25 del mes de Marzo de 2026, se reunieron MARI LUZ MONTES GIRALDO en su calidad de **Contratista** y DORALBA BETANCUR OCAMPO, en su condición de **Supervisor del Contrato**, en representación de la **E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pensilvania**, con el fin de suscribir la presente acta de supervisión y pago del contrato de prestación de servicios N° 043-2026, previo las siguientes consideraciones:

CONSIDERACIONES:

1. Que el contratista presentó informe de actividades realizadas en el mes de Marzo de 2026, descritas así:

DESCRIPCION ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS	SOPORTE
Despacho de elementos y accesorios de aseo según orden de suministro.	Despacho de elementos y accesorios de aseo según orden de suministro.	Factura de venta

2. Que se pudo confirmar que el Contratista cumplió con las obligaciones emanadas del contrato cuyo objeto es:

"SUMINISTRO DE INSUMOS Y PRODUCTOS DE ASEO REQUERIDOS PARA GARANTIZAR LAS CONDICIONES DE LIMPIEZA,DESINFECCION Y SALUBRIDAD EN LA E.S.E HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS DE PENSILVANIA, CALDAS ,INCLUYENDO SU SEDE PRINCIPAL Y LOS CENTROS DE SALUD ADSCRITOS"

LA ESE HOSPITAL pagara al contratista previa presentación de los documentos requeridos para el pago dentro de los cuales debe existir constancia expedida por el supervisor, de haberse cumplido a satisfacción con las obligaciones antes mencionadas

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

3. En el marco de la supervisión del contrato de la referencia , se realiza la verificación de la información financiera, detallando el estado de pagos y el saldo por ejecutar, conforme a los siguientes valores:

RESUMEN DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO	$ 28,523,618,00
VALOR ANTICIPOS	$ 0,00
VALOR ADICION	$ 0,00
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 28,523,618,00

DETALLE	NRO FACTURA	VR FACTURA	NOTA CREDITO	VALORES
MARZO	FE111673 FE111679	$ 6,517,000,00		$ 6,517,000,00

TOTAL PAGOS EFECTUADOS A LA FECHA	$ 0,00
SALDO POR PAGAR	$ 6,517,000,00
SALDO POR EJECUTAR	**$ 22,006,618,00**

4. Que el valor a pagar al Contratista es la suma de:	**$ 6,517,000,00**
VALOR EN LETRAS	**Seis millones quinientos diecisiete mil Moneda Colombiano**

ANEXOS Y DOCUMENTACIÓN SOPORTE

5. El contratista presentó los siguientes anexos como respaldo de la ejecución contractual:

A.Factura Numero FE111673 FE111679
C. Planilla de seguridad social N° 4642792888

Por lo anterior, se verifica que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el contrato.

VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

6. De acuerdo con la documentación aportada, se realizó la verificación de los pagos a la seguridad social integral, los cuales fueron efectuados en la siguiente fecha:

FECHA DE PAGO	11 de marzo de 2026	
ENTIDAD	**No.DE PLANILLA**	**VALOR APORTE**
EPSNUEVA EPS	4642792888	$210,300
AFP COLFONDOS,COLPENSIONES	4642792888	$840,600

CAJA DE COMPESACION CONFAMILIARES	4642792888	$210,300
ARL POSITIVA	4642792888	$27,600
VALOR TOTAL PAGADO		$1,288,800

AUTORIZACIÓN PARA PAGO	
7. Que, en virtud de lo expuesto en los acápites anteriores, se emite el presente **visto bueno** para que se proceda a efectuar el pago anteriormente mencionado por los servicios prestados en la ejecución del contrato, a la siguiente cuenta bancaria:	
TIPO DE CUENTA	AHORROS
ENTIDAD BANCARIA	BANCO DAVIVIENDA
NUMERO DE CUENTA	5400067543

Para constancia se firma el Miercoles (25) de dos mil veintiseis (2026).	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	DORALBA BETANCUR OCAMPO
CEDULA	24869031 de Pensilvania, Caldas
CARGO	Tecnico Operativo Regente Farmacia
FIRMA	Doralba Betancur