

Aprobado

Cuenta de Cobro N.º 03

ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

NIT 806010305-8

DEBE A:

MELISSA VASQUEZ SARMIENTO

C.C. 1.143.329.827 de Cartagena

La suma de TRES MILLONES DE PESOS (\$ 3.000.000) M/Cte, en virtud del contrato de prestación de servicio N.º EBSADM009-26 cuyo objeto es **PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DE LA E.S.E. CARTAGENA DE INDIAS EN LOS PROCESOS DE FACTURACION DE LAS ATENCIONES DENTRO DEL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 1155 DE 2025.** Con fecha de legalización según acta de inicio del (02) de FEBRERO de 2026

Agradezco consignar el valor antes citado a la siguiente cuenta de ahorro a nombre de la suscrita

ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA

CUENTA DE AHORROS: CUENTA AHORRO

NO DE CUENTA: 488425067078

Nº Contrato	Nombre del Contratista	Mes certificado	Valor
EBSADM009-26	MELISSA VASQUEZ SARMIENTO	ABRIL	\$3.000.000

La cancelación de esta cuenta estará sujeta a la verificación del pago de aportes de seguridad social, pensión y riesgos laborales.

Cordialmente:

FIRMA:

Melissa Sarmiento

MELISSA VASQUEZ SARMIENTO

C.C: 1.143.329.827 de Cartagena



RECIBIDO PARA SU ESTUDIO, NO APLICA ACEPTACIÓN

12 MAYO 2026

1778

No. Radicado:

Recibido:

Opina 8:31am

FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS						Código: FTO-GAJ-SCAP-22 Versión: 4 Fecha: 26/02/2025		
Dependencia:	DIRECCION DE APOYO LOGISTICO	Número de pago/ total de pagos:	3/5	Fecha:	08/05/2026			
DATOS DEL CONTRATO	Valor:	\$ 15,000,000		Valor mensual:	\$	3,000,000	Saldo del contrato:	\$ 4,000,000
	Número:	IBSADM00026		Fecha de inicio:	02/02/2026			02 DE FEBRERO DE 2026
	Nº CDP 1:	0583		Fecha de terminación:	30/01/2026			30 DE JUNIO DE 2026
	Nº RP 1:	0602		Fecha:	30/01/2026			
	Rubro Presupuestal:	232020200993199-1155		Duración:	5	Meses	días	
	Requiere Informe:	SI:	X	NO:				
Entregó Informe:	SI:	X	NO:					
Objeto del Contrato:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DE LA E.S.E. CARTAGENA DE INDIAS EN LOS PROCESOS DE FACTURACION DE LAS ATENCIONES DENTRO DEL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 1155 DE 2025							
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA								
Nombre:	MELISSA VASQUEZ SARMIENTO							
Identificación:	tipo de documento:	Cédula	X	Mil.	Número:	1,143,329,827	DV.	
Dirección:	URB. HORIZONTE MZ 4 LT 6 ETAPAS							
Número de teléfono:				FAX:	CEL. 3045567593			
Clase y número de cuenta:	Contenle:	Ahorros	X	Número:	488425007078	Banco:	BANCO DAVIVIENDA	
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	X	Persona Jurídica:				
		Gran Contribuyente:		Autoretenedor:				
		Responsable de IVA		Entidad sin ánimo de lucro				
		NO responsable de IVA	X					
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:	# de folios:	
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato:			SI:	X	NO:		
	Observaciones del supervisor a las actividades ejecutadas:							
Se anexa Informe de supervisión de ejecución contractual (FTO-SAF-ISEC) e Informe de actividades realizadas por el contratista								
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:				Aportes a Salud			
	Valor pagado \$	218,900	Periodo	ABRIL	Valor pagado \$	280,200	Periodo	ABRIL
	Comprobante de pago Número:	9503411030		Comprobante de pago Número Planilla:	9503411030			
	Fecha de pago:	07 DE MAYO DEL 2026		Fecha de pago:	07 DE MAYO DEL 2026			
	Aportes a A.R.L.				Pensionado:			
	Valor pagado \$	9,200	Periodo	ABRIL	Certificación:	SI:	NO:	X
Comprobante de pago Número:	9503411030			SI:	NO:			
Fecha de pago:	07 DE MAYO DEL 2026			SI:	NO:			
Persona Jurídica:	SI: NO: X							
PLANILLA:								
SOLICITUD DE PAGO	Certifico que las actividades se ejecutaron conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud, pensión y Administradora de Riesgos Laborales conforme a las normas vigentes, por lo tanto autorizo el pago por valor de \$3,000,000							
Anexos:	Copia de aporte a pensión	SI:	X	NO:	Cuenta de Cobro	SI:	X	
	Copia de aporte a salud	SI:	X	NO:	Factura	SI:	X	
	Copia de aporte A.R.L.	SI:	X	NO:		SI:	X	
FIRMA CONTRATISTA	FIRMA SUPERVISOR:							
HOMBRE CONTRATISTA:	Melissa Vasquez Sarmiento		C.C.:		DENOMINACION DEL CARGO:			
	1143329827 de Cartagena				AREA ASIGNADA:			
					HOMBRE APOYO SUPERVISION:			
					CARGO:			
					FIRMA SUPERVISOR:			
					TANIA BELTRAN ESTREMER			
					45518090			
					DIRECTOR OFICINA SERVICIOS EXTRAMURALES			
					DIRECCION EXTRAMURAL			
					KETHY KATHERIN ALZAR POLO			
					FACTURADOR CENIRO DE ACOPIO			