INFORME DE SUPERVISIÓN PARCIAL 03

TIPO DE CONTRATO:				**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**		
CONTRATO No. Y FECHA:				**131 DE 02 DE JULIO DE 2026**		
CONTRATISTA:				**JUAN CARLOS NAVARRO SANCHEZ**		
Nit o C.C. No.				91.286.066 Expedida en Bucaramanga		
OBJETO:				PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL DESARROLLO DE PROCESOS DE FACTURACION EN EL ALISTAMIENTO Y RADICACION DE CUENTAS MEDICAS DE LOS SERVICIO DE SALUD PRESTADOS A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO EN LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ANTONIO DE PUENTE NACIONAL SANTANDER.		
VALOR INICIAL:				**DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($19.200.000)**		
VALOR ADICIONAL:				NO APLICA		
PLAZO INICIAL:				**SEIS (06) MESES**		
PLAZO ADICIONAL:				NO APLICA		
SUPERVISOR - DESIGNADO				**LUZ GERLY LARA GARCIA**– Según Designación del 02 De Julio de 2026.		
C.C. No. DEL SUPERVISOR				28.308.081Expedida en Puente nacional Santander		
FECHA DE INICIO:				02 DE JULIO de 2026		
ACTA DE SUSPENSION	**Nº**	**Nº**	**Nº**	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
ACTA DE REINICIACION	**Nº**	**Nº**	**Nº**	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
FECHA DE TERMINACIÓN:				31 DE DICIEMBRE DE 2026		
MUNICIPIO:				PUENTE NACIONAL		
VALOR A COBRAR				**$3.200.000**		
PERIODO DE PAGO:				DESDE: **01-09-2026**	HASTA: **30-09-2026**	

Con base en los informes presentados por el Contratista, **JUAN CARLOS NAVARRO SANCHEZ,** respecto a las actividades ejecutadas en el presente contrato y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte de la E.S.E Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional, tomando como base el presente informe parcial 03 por valor de **TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.200.000)**

CERTIFICAMOS QUE:

De acuerdo con las condiciones establecidas en el presente contrato y una vez revisada la documentación suministrada por el Contratista, con relación al desarrollo y ejecución del mismo, las actividades representativas realizadas durante la ejecución fueron:

A continuación, se relacionan las actividades ejecutadas durante el periodo de ejecución.

ITEM	ACTIVIDAD	SOPORTE	CUMPLE /NO CUMPLE
1	Coordinar el diligenciamiento adecuado de la facturación generada por la E.S.E Hospital Integrado San Antonio, por las ventas de servicios de salud	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE
2	Alimentar las plataformas dispuestas por cada una de las		

	EPS, para el proceso de facturación y revisar e imprimir el cargue exitoso de los RIPS. periódicamente inspeccionar cada una de ellas con el fin de monitorear las glosas o devoluciones realizadas con motivo de la facturación.	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE
3	Radicar oportunamente la facturación a las diferentes EPS y aseguradoras SOAT	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE
4	Comunicar oportunamente al auditor médico sobre las glosas que las EPS y EPS-S le generen a la E.S. E	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE
5	Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual.	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE

Así mismo se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al sistema de Seguridad Social, Caja de compensación Familiar, ICBF, SENA, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

A continuación, se relaciona los pagos del período, a saber:

APORTE A SALUD	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE DE 2026
	Fecha de pago	08-10-2026
	Nº de Planilla	9511879388
	Ingreso Base de Cotización	$ 1,750,905
	Valor cotizado	$ 218.900
	EPS	SALUD TOTAL
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE DE 2026
	Fecha de pago	08-10-2026
	Nº de Planilla	9511879388
	Ingreso Base de Cotización	$ 1,750,905
	Valor cotizado	$ 280.200
	Fondo de Pensiones	COLPENSIONES
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE DE 2026
	Fecha de pago	08-10-2026
	Nº de Planilla	9511879388
	Ingreso Base de Cotización	$ 1,750,905
	Valor cotizado	$ 9.200
	A.R.L.	SURA ARL
PARAFISCALES	SENA	No aplica
	I.C.B.F.	No aplica
	Caja de Compensación	No aplica

Por lo anterior, el suscrito Supervisor hace constar que la información suministrada en el presente informe es veraz y cumple con los parámetros establecidos con el objeto del contrato.

AUTORIZACION DE PAGO

De conformidad con lo anterior, el suscrito en calidad de supervisor del contrato CERTIFICA que se viene cumpliendo a cabalidad con las condiciones pactadas en el **Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No 131 del 02 de JULIO de 2026,** por parte de **JUAN CARLOS NAVARRO SANCHEZ**, identificado con cedula de ciudadanía No.**91.286.066**; motivo por el cual están dadas las condiciones para autorizar el pago Parcial 03, por un valor de **TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.200.000)**

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los Nueve (09) días del mes de Octubre de 2026.

LUZ GERLY LARA GARCIA
SUPERVISOR – DESIGNADO

