INFORME DE SUPERVISIÓN PARCIAL 01

TIPO DE CONTRATO:				PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION		
CONTRATO No. Y FECHA:				136 DE 03 DE JULIO DE 2026		
CONTRATISTA:				EDUAR SANTIAGO MOYA ARIZA		
Nit o C.C. No.				1.001.089.983 EXPEDIDA EN PUENTE NACIONAL		
OBJETO:				PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN EL SERVICIO DE FACTURACION Y ASIGNACION DE CITAS DE LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ANTONIO DE PUENTE NACIONAL SANTANDER		
VALOR INICIAL:				DOCE MILLONES DE PESOS MCTE ($12.000.000).		
VALOR ADICIONAL:				NO APLICA		
PLAZO INICIAL:				SEIS (06) MESES		
PLAZO ADICIONAL:				NO APLICA		
SUPERVISOR - DESIGNADO				LUZ GERLY LARA GARCIA Según Designación 3 DE JULIO		
C.C. No. DEL SUPERVISOR				28.308.081 DE PUENTE NACIONAL- SANTANDER		
FECHA DE INICIO:				03 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 (SANTANDER)		
VALOR A COBRAR				DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000) M/CTE		
PERIODO DE PAGO:				DESDE: 01/07/2026	HASTA: 31/07/2026	

Con base en los informes presentados por el Contratista, **EDUAR SANTIAGO MOYA ARIZA,** 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 01 por un valor de: **DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000) M/CTE.**

.

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.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO INFORMADO			
OBJETO			
N°	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	OBSERVACION.	CUMPLE/NO CUMPLE
01	Recepción oportuna de solicitudes de asignación de citas médicas para consulta externa, radiología y odontología de manera presencial, telefónica y virtual (Página web, WhatsApp, Correo	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE

	Electrónico) orientando a los usuarios sobre fechas, horarios, solicitud de autorizaciones con la EPS y profesionales disponibles.		
02	Registrar oportunamente dentro del sistema de información, las citas asignadas a cada profesional de la salud.	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE
03	Validación de derechos y afiliación de los usuarios en las plataformas asignadas para cada EPS.	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE
04	Verificar y actualizar los de datos personales del usuario en el sistema de información institucional	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE
05	Realizar en un tiempo no mayor a 24 horas, la confirmación de citas asignadas a los usuarios y diligenciar dentro del sistema de registro y retabulación el resultado del proceso.	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE
06	Diligenciar oportunamente en el sistema de registro y tabulación las citas asignadas, canceladas y reagendar..	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE
07	Apoyar el proceso de facturación, liquidando las consultas de Odontología y Vacunación.	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE
08	Entregar oportunamente las Agendas de Consultas Médicas a cada profesional de la salud y al área de Recepción para facturación de citas indicando en la agenda los usuarios de régimen contributivos y nivel para recaudo cuotas moderadoras	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE
09	Realizar entrega del turno al finalizar la jornada laboral de disponibilidad, reportando los ingresos de Urgencias,	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE

	Hospitalización, Observación y Trasiados a través del medio asignado.		
10	Cumplir con la disponibilidad de fines de semana programada y asistir a la ESE HISA en caso de requerirse con urgencia o evento importante.	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	**CUMPLE**
11	El contratista es responsable de los ingresos asignados en su turno laboral.	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	**CUMPLE**
12	Diligenciar de manera adecuada, oportuna y total la documentación que requiera la ESE y sus clientes en el ejercicio de la prestación de servicios, según se presente el caso: SOAT, ARL, SECRETARIA DE SALUD, EPS EVENTO y CAPITA	VER ANEXO FOTOGRAFICO SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES	CUMPLE
13	Solicitar las autorizaciones de servicios de Urgencias, Traslados Intermunicipales y Hospitalización en un lapso de tiempo no mayor a 24 horas en las cuentas denominadas EPS EVENTO o CAPITA cuando este se requiera	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	JULIO DE 2026 ✓
	Fecha de pago	04/08/2026 ✓
	Nº de Planilla	8642405097 ✓
	Ingreso Base de Cotización	$ 1.750.905 ✓
	Valor cotizado	$218.900 ✓
	EPS	NUEVA EPS ✓
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	JULIO DE 2026 ✓
	Fecha de pago	04/08/2026 ✓
	Nº de Planilla	8642405097 ✓
	Ingreso Base de Cotización	$ 1.750.905 ✓
	Valor cotizado	$280.200 ✓
	Fondo de Pensiones	PORVENIR ✓

APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	JULIO DE 2026
	Fecha de pago	04/08/2026
	Nº de Planilla	8642405097
	Ingreso Base de Cotización	$ 1.750.905
	Valor cotizado	$9.200
	A.R.L.	SURA
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 de Apoyo a la gestión No 136 del 03 de JULIO de 2026,** por parte de **EDUAR SANTIAGO MOYA ARIZA,** identificado con cedula de ciudadanía No. **1.001.089.983;** motivo por el cual están dadas las condiciones para autorizar el primer (01) Pago Parcial, por valor de **DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000) M/CTE.**

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los cuatro (04) días del mes de agosto de 2026.

LUZ GERLY LARA GARCIA
SUPERVISOR – DESIGNADO