



## FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS

21

Versión: 3.1

Fecha: 07/07/2020

|              |                                         |                                 |      |        |            |
|--------------|-----------------------------------------|---------------------------------|------|--------|------------|
| Dependencia: | SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | Número de pago/ total de pagos: | 9/11 | Fecha: | 31/10/2022 |
|--------------|-----------------------------------------|---------------------------------|------|--------|------------|

|                    |                                                                      |                                                                      |                    |              |                       |               |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|-----------------------|---------------|
| DATOS DEL CONTRATO | Valor:                                                               | \$ 77.000.000,00                                                     | Valor mensual      | \$ 7.000.000 | Saldo del contrato:   | \$ 14.000.000 |
|                    | Número:                                                              | 030/22                                                               | Fecha Suscripción: | 7/02/2022    | Fecha de iniciación:  | 7/02/2022     |
|                    | Nº CDP:                                                              | 145                                                                  | Fecha:             | 1/02/2022    | Fecha de terminación: | 31/12/2022    |
|                    | Nº RP:                                                               | 145                                                                  | Fecha:             | 7/02/2022    | Duración:             | 11 MESES      |
|                    | Rubro Presupuestal:                                                  | 212020200883310                                                      | Periodo a pagar:   | OCTUBRE      | Meses                 | 11            |
|                    | Requiere Informe:                                                    | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> | Suspensión No.:    |              | En tiempo:            |               |
| Entregó Informe:   | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> | Prorroga No.:                                                        |                    | En tiempo:   |                       |               |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios profesionales para brindar asesoría y soporte a los procesos de adquisición de bienes y servicios, requeridos por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, para el adecuado desarrollo de sus funciones y cumplimiento de su objetivo social, así como para asesorar en los procesos de ingeniería Biomédica que se requieran.

|                                    |                         |                                                  |                                     |                                                                      |            |
|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------|
| INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA |                         |                                                  |                                     |                                                                      |            |
| Nombre:                            | JOSE MANUEL ERAZO ERAZO |                                                  |                                     |                                                                      |            |
| Identificación:                    | Tipo de documento:      | Cédula                                           | 12747040                            | NIT:                                                                 |            |
| Dirección:                         |                         |                                                  |                                     |                                                                      |            |
| Número de Teléfono:                | 3173493262              |                                                  |                                     |                                                                      |            |
| Clase y número de cuenta:          | Corriente:              | Ahorros                                          | X                                   | Número:                                                              | 7300719692 |
|                                    |                         |                                                  |                                     | CEL:                                                                 | 3173493262 |
|                                    |                         |                                                  |                                     | Banco:                                                               | DAVIVIENDA |
| ASPECTOS TRIBUTARIOS               | Marque con "X"          | Persona Natural:                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | Persona Jurídica:                                                    |            |
|                                    |                         | Gran Contribuyente:                              |                                     | Autoretenedor:                                                       |            |
|                                    |                         | IVA Régimen Común:                               |                                     | Entidad sin ánimo de lucro                                           |            |
|                                    |                         | IVA Régimen Simplificado:                        | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                      |            |
|                                    |                         | He verificado de esta información frente al RUT: |                                     | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |            |

|                                   |                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INFORME DEL SUPERVISOR            |                                                                                                                                                            |
| AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD | El contratista presentó el informe correspondiente: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                   |
|                                   | El informe cumple con lo estipulado en el contrato: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> # de folios: <input type="text"/> |
|                                   | Observaciones del supervisor a las actividades ejecutadas: <input type="text"/>                                                                            |

|                                                                                                                                |                                                           |            |                                                           |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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 \$                                           | 350.000,00 | Periodo                                                   | SEPTIEMBRE                                                |
|                                                                                                                                | Comprobante de pago Número:                               | 61824564   | Comprobante de pago Número Planilla:                      | 61824564                                                  |
|                                                                                                                                | Fecha de pago:                                            | 25/10/2022 | Fecha de pago:                                            | 25/10/2022                                                |
|                                                                                                                                | Aportes a A.R.L.                                          |            |                                                           |                                                           |
|                                                                                                                                | Valor pagado \$                                           | 68.300,0   | Periodo                                                   | SEPTIEMBRE                                                |
|                                                                                                                                | Comprobante de pago Número:                               | 61824564   | Certificación:                                            | SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |
| Fecha de pago:                                                                                                                 | 25/10/2022                                                |            | SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |                                                           |
| Persona Jurídica:                                                                                                              | SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |            |                                                           |                                                           |

SOLICITUD DE PAGO: Certifico que las actividades se están ejecutando 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 \$ 7.000.000

|         |                           |                                                                      |                 |                                                                      |
|---------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------|
| Anexos: | Copia de aporte a pensión | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> | Cuenta de Cobro | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |
|         | Copia de aporte a salud   | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> | factura         | SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>            |
|         | Copia de aporte A.R.L.    | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |                 |                                                                      |

FIRMA CONTRATISTA  
NOMBRE CONTRATISTA: JOSE MANUEL ERAZO ERAZO  
C.C.: 12.747.040

FIRMA SUPERVISOR  
NOMBRE SUPERVISOR:  
C.C.:  
DENOMINACION DEL CARGO:  
AREA ASIGNADA  
NOMBRE APOYO SUPERVISION:  
CARGO:

AURA MILENA MORENO  
31.381.770 DE BUENAVENTURA  
Sub Aditva y Financiero  
Sub Aditva y Financiera

Ubo Martha Flores



# INFORME SUPERVISION DE EJECUCION CONTRACTUAL

Código: FTO-SAF- ISEC-28

Versión: 1

Fecha: 07/07/2020

TIPO DE CONTRATO: OPS

NO. CONTRATO: 030-22

NOMBRE CONTRATISTA: JOSE MANUEL ERAZO ERAZO

IDENTIFICACION: 12747040

FECHA DE INICIO 7 de febrero de 2022

PERIODO DEL INFORME OCTUBRE

LUGAR DE EJECUCION (área) Subgerencia Administrativa y Financiera

## OBJETO DEL CONTRATO

Prestación de servicios profesionales para brindar asesoría y soporte a los procesos de adquisición de bienes y servicios, requeridos por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, para el adecuado desarrollo de sus funciones y cumplimiento de su objetivo social, así como para asesorar en los procesos de ingeniería Biomédica que se requieran.

## ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

| OBLIGACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                              | ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION                                                                                                                                                                                                                                                 | RESULTADO CUMPLE/NO CUMPLE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Asesorar a la Subgerencia Administrativa en los procesos administrativos de adquisición de bienes y servicios.                                                                                                                                                                            | Ejecución de la etapa precontractual y/o contractual de:<br>1. Apoyo Técnico proyecto:<br>Proceso Estudios previos para la compra de Plantas Eléctricas .                                                                                                                                                                     | cumple                     |
| Realizar acompañamiento a los procesos administrativos y asistenciales según los requerimientos y necesidades presentadas.                                                                                                                                                                | Ejecución de la etapa precontractual y/o contractual de:<br>1. Apoyo Técnico proyecto:<br>Proceso Estudios previos para la compra de Plantas Eléctricas .                                                                                                                                                                     | cumple                     |
| Apoyo en la elaboración y ejecución de proyectos de versiones componente de Dotación.                                                                                                                                                                                                     | Ejecución de la etapa precontractual y/o contractual de:<br>1. Apoyo Técnico proyecto:<br>Proceso Estudios previos para la compra de Plantas Eléctricas .                                                                                                                                                                     | cumple                     |
| Apoyo para los procesos de gestión de garantía de calidad en salud relacionado con la dotación de equipos biomédicos en los servicios de salud.                                                                                                                                           | COORDINAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, PREDICTIVO Y PREVENTIVO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS DE LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCION DE LA E.S.E. CARTAGENA DE INDIAS CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TERMINOS DE EQUIPAMIENTO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.<br><br>INDICADORES | cumple                     |
| Brindar apoyo técnico requerido a las áreas de la institución en la supervisión de los contratos que celebre la Empresa Social del Estado, y suscribir conjuntamente con la Subgerencia Administrativa y Financiera de la Entidad, los informes y reportes en los casos que se requieran. | COORDINAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, PREDICTIVO Y PREVENTIVO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS DE LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCION DE LA E.S.E. CARTAGENA DE INDIAS CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TERMINOS DE EQUIPAMIENTO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.<br><br>INDICADORES | cumple                     |
| Levantamiento de planes de mejora                                                                                                                                                                                                                                                         | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | cumple                     |
| Asistir a las reuniones que le sean encomendadas.                                                                                                                                                                                                                                         | ACOMPANAMIENTO PROYECTOS AL CALDIA                                                                                                                                                                                                                                                                                            | cumple                     |
| Apoyo en el levantamiento de procesos y procedimientos institucionales que se requieran de acuerdo al objeto contractual.                                                                                                                                                                 | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NA                         |

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

| OBLIGACIONES                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION                                                                             | RESULTADO CUMPLE/NO CUMPLE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| C). Apoyo en la etapa precontractual con las diferentes áreas para los procesos de adquisiciones y mantenimientos de equipos biomédicos que se requieran en la E.S.E HLCI. | Ejecución de la etapa precontractual y/o contractual de:<br>1. Apoyo Técnico proyecto:<br>Proceso Estudios previos para la compra de Plantas Eléctricas . | cumple                     |
| D). Asesoría en la gestión, administración y adquisición biomédica.                                                                                                        | Ejecución de la etapa precontractual y/o contractual de:<br>1. Apoyo Técnico proyecto:<br>Proceso Estudios previos para la compra de Plantas Eléctricas . | cumple                     |

Observaciones:

NOMBRE: AURA MILENA MORENO

FIRMA DEL SUPERVISOR:

CARGO: SUBGERENTE ADITIVO Y FINANCIERO ESE HLCI

NOMBRE:

FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISION:

CARGO: