



**Empresa Social del Estado**  
**Hospital Santa Ana de Falan**  
**Nit 800.193.490-5**



**FECHA INFORME: FEBRERO 28 DE 2025**

Con fundamento en lo establecido en el artículo 4 de la Ley 80 de 1993, y los artículos 82, 83, 84 y 85 de la Ley 1474 de 2011, se procede a rendir informe de supervisión del **contrato de prestación de servicios No. 040**, por medio del cual recibo a satisfacción el cumplimiento de las actividades del contratista/Entidad dentro del período respectivo y se soporta el pago/desembolso a efectuar.

**1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO / CONVENIO:**

|  |   |
|--|---|
| <b>NUMERO DE CONTRATO</b>              | 040   |
| <b>OBJETO</b>                          | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO MEDICO EN LAS AREAS ASISTENCIALES DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA ANA DE FALAN |
| <b>CONTRATISTA</b>                     | ANUAR ENRIQUE CASTRO ARAGON   |
| <b>NOMBRE SUPERVISOR/INTERVENTOR</b>   | CAMILA VERGARA HINCAPIE   |
| <b>PLAZO DE EJECUCIÓN</b>              |   |
| <b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN</b>            | 03 DE FEBRERO DEL 2025  |
| <b>FECHA DE INICIO</b>                 | 03 DE FEBRERO DEL 2025  |
| <b>PRÓRROGA No.</b>                    | N/A   |
| <b>FECHA INICIAL DE TERMINACIÓN</b>    | 28 DE FEBRERO DEL 2025  |
| <b>FECHA DEFINITIVA DE TERMINACIÓN</b> | N/A   |
| <b>VALOR</b>                           |   |
| <b>VALOR INICIAL</b>                   | 6.720.000   |



**Empresa Social del Estado**  
**Hospital Santa Ana de Falan**  
**Nit 800.193.490-5**




|   |   |
|---|---|
| <b>ADICIÓN No.</b>                            | N/A   |
| <b>REDUCCIONES PRESUPUESTALES</b>             | N/A   |
| <b>VALOR TOTAL</b>                            | 6.720.000   |
| <b>RESUMEN DE LAS NOVEDADES CONTRACTUALES</b> | N/A   |
| <b>FORMA DE PAGO</b>                          | El Hospital pagará en un pago <b>(01) pago</b> , por valor de <b>SEIS MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS (\$6.720.000,00) MCTE</b> , mes vencido, previa certificación por parte del supervisor del contrato del cumplimiento del objeto contractual y acreditación del pago de los aportes a la seguridad social. |
| <b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>    | 100%  |
| <b>No. INFORME</b>                            | 1 de 1  |
| <b>PERIODO DEL INFORME</b>                    | 03 al 28 de febrero de 2025   |


## 2. INFORMACIÓN FINANCIERA

### ➤ VIGENCIA DEL PRESUPUESTO: 2025

|                                       |                  |
|---------------------------------------|------------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>    | <b>6.720.000</b> |
| <b>ADICIÓN (CUANDO APLIQUE)</b>       | 0                |
| <b>ANTICIPO CANCELADO:</b>            | 0                |
| <b>PAGOS PARCIALMENTE CANCELADOS:</b> | 0                |
| <b>VALOR DEL PRESENTE PAGO</b>        | <b>6.720.000</b> |

 310-550-2120 / 320-836-9753 / 310-550-2119

 gerencia@hospitalsantaanafalan.gov.co

 Calle 6 # 2-20 FALAN Tolima

 [Www.hospitalsantaanafalan.gov.co](http://www.hospitalsantaanafalan.gov.co)



**Empresa Social del Estado**  
**Hospital Santa Ana de Falan**  
 Nit 800.193.490-5



|  |             |
|--|-------------|
| <b>SALDO POR EJECUTAR (SALDO DEL CONTRATO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:</b> | <b>0</b>    |
| <b>PORCENTAJE EJECUTADO DE RECURSOS A LA FECHA %</b>                           | <b>100%</b> |

**3. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:**

| No. | OBLIGACIÓN  | Verificación del cumplimiento de las obligaciones   | Verificación |    |     |
|-----|---|---|--------------|----|-----|
|     |   |   | C            | NC | N/A |
| 1.  | Cubrimiento en el servicio de urgencias , turnos de 24 h según cuadro de turnos.  | La contratista ha cumplido con la obligación establecida en el contrato, proporcionando el cubrimiento adecuado en el servicio de urgencias conforme a lo solicitado. Esto se ha llevado a cabo mediante la asignación de turnos de 24 horas, tal como se detalla en el cuadro de turnos proporcionado. Además, el contratista ha anexado los soportes correspondientes que evidencian el cumplimiento de esta obligación, incluyendo los registros de horarios y personal asignado a cada turno. | x            |    |     |
| 2.  | Realizar los exámenes de medicina general, realizar diagnosticos, remitir pacientes y prescribir el tratamiento que debe seguirse , aplicando los "derechos del paciente" contenidos en la ley 100 de 1993. | contratista cumplió satisfactoriamente con la obligación de realizar los exámenes de medicina general, diagnósticos, remisión de pacientes y prescripción del tratamiento correspondiente, en concordancia con los "Derechos del Paciente" establecidos en la Ley 100 de 1993. Se brindó atención prioritaria a pacientes crónicos y seguimiento en medicina general  | x            |    |     |



310-550-2120 / 320-836-9753 / 310-550-2119



gerencia@hospitalsantaanafalan.gov.co



Calle 6 # 2-20 FALAN Tolima



Www.hospitalsantaanafalan.gov.co



**Empresa Social del Estado**  
**Hospital Santa Ana de Falan**  
**Nit 800.193.490-5**



|  |   |  |   |  |  |
|--|---|--|---|--|--|
|  |   | para un total de 50 pacientes, según lo indicado. El cumplimiento de la obligación queda respaldado en el anexo 2.   |   |  |  |
|  | Realizar procedimientos para la ayuda en el diagnóstico y/o manejo de pacientes.  | El contratista ha cumplido con sus obligaciones contractuales de acuerdo con lo estipulado, lo cual queda debidamente evidenciado a través de la plataforma SIHOS y sus anexos correspondientes. | X |  |  |
|  | Establecer y mantener las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.  | El contratista ha cumplido con sus obligaciones contractuales de acuerdo con lo estipulado, lo cual queda debidamente evidenciado a través de la plataforma SIHOS y sus anexos correspondientes. | X |  |  |
|  | Adecuadamente las historias clínicas a todos y cada uno de los pacientes atendidos, bien sea de forma manual o sistematizada, de conformidad con la resolución no.1995 del 8 de junio de 1999 expedida por el ministerio de salud | El contratista ha cumplido con sus obligaciones contractuales de acuerdo con lo estipulado, lo cual queda debidamente evidenciado a través de la plataforma SIHOS y sus anexos correspondientes. | X |  |  |

**4. OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE AL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:**

A la fecha no se han realizado recomendaciones y/u observaciones a cerca del cumplimiento de las obligaciones contractuales.

5. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes)

El supervisor del contrato / convenio verificó **Si X No** el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla o certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.



310-550-2120 / 320-836-9753 / 310-550-2119



Calle 6 # 2-20 FALAN Tolima



gerencia@hospitalsantaanafalan.gov.co



Www.hospitalsantaanafalan.gov.co



**Empresa Social del Estado**  
**Hospital Santa Ana de Falan**  
Nit 800.193.490-5



## 6. NOVEDADES O SITUACIONES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

No se presentaron novedades durante la ejecución del contrato

## 7. CONSTANCIAS

El Supervisor **CAMILA VERGARA HINCAPIE** acredita que el contrato/convenio se ejecutó en el porcentaje señalado en el presente documento y se verifica que el contratista/Entidad dio cumplimiento a las actividades respectivas para el período que se reporta, de conformidad con lo señalado en su informe de Actividades, y no se adelantaron procesos de incumplimiento

## 8. RECIBO A SATISFACCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Que teniendo en cuenta el cumplimiento de las actividades del contratista durante el período que se reporta en el presente informe, se expide el presente recibo a satisfacción y por lo tanto autorizo pagar la suma de **SEIS MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS (\$6.720.000,00) MCTE**

## 9. IDENTIFICACIÓN Y FIRMA DEL SUPERVISOR

**DEPENDENCIA:** ADMINISTRATIVA

**NOMBRE SUPERVISOR:** CAMILA VERGARA HINCAPIE

**CARGO SUPERVISOR:** TALENTO HUMANO

FIRMA: \_\_\_\_\_



310-550-2120 / 320-836-9753 / 310-550-2119



gerencia@hospitalsantaanafalan.gov.co



Calle 6 # 2-20 FALAN Tolima



Www.hospitalsantaanafalan.gov.co