Tibú, 30 de septiembre de 2025

DRA: ANA MARIA PEREZ RAMIREZ
GERENTE
ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE

REFERENCIA: INFORME DE SUPERVISIÓN FINAL CONTRATO No. 422-2025

Por medio de la presente me permito presentar informe de supervisión Final del Contrato de la referencia, manifestando lo siguiente:

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO:

CONTRATISTA	CONSORCIO P.S. PACELLY
C.C. O NIT	901.939.303-6
OBJETO DEL CONTRATO	"ADECUACIONES MENORES EN EL PUESTO DE SALUD PACELLY-TIBU, DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE".
SUPERVISOR	**JORGE MARIO ARENAS AMAYA**
INTERVENTOR	CONSORCIO INTERVENTORÍA P.S. TIBU / R.L YONNY ALEXSANDRO SILVA GONZALEZ
FECHA DE SUSCRIPCION	29 de abril de 2025
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	Tres (3) meses
FECHA DE INICIACIÓN	02 de mayo de 2025
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	29 de julio de 2025
FECHA DE SUSPENSIÓN No.1	08 de mayo de 2025
TIEMPO DE SUSPENSIÓN No.1	Treinta (30) días
FECHA DE REINICIO No. 1	09 de junio de 2025
FECHA TERMINACIÓN FINAL	31 de agosto de 2025
OTROSI DE PRORROGA No.1	27 de agosto de 2025
TIEMPO DE PRORROGA	Treinta (30) días
NUEVA FECHA TERMINACIÓN FINAL	30 de septiembre de 2025
CDP N°	No: 00 0360 - mar-04/2025
CDP ADICIÓN N°	N.A

FORMA DE PAGO	90% se pagara por actas parciales de avance de obra y 10% como último pago de liquidación.
PERIODO DE EJECUCIÓN	**01 de agosto de 2025 AL 30 de septiembre de 2025**
VALOR INICIAL	**$ 400.233.622,00**
VALOR DE LA ADICION (OTRO SI)	N.A
VALOR TOTAL	**$ 400.233.622,00**
VALOR A COBRAR	**$ 131.801.956,00**
% AVANCE	**100,00%**

PÓLIZAS:

Garantías Iniciales

GARANTÍA	POLIZA No.	VIGENCIA		MONTO
CUMPLIMIENTO	49-44-101035927	29/04/2025	29/11/2025	$ 40.023.362,20
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	49-44-101035927	29/04/2025	29/07/2028	$ 20.011.681,10
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	49-44-101035927	29/07/2025	29/07/2030	$ 40.023.362,20
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	49-40-101011520	29/04/2025	29/07/2025	$ 40.023.362,20

Garantías según modificaciones contractuales (suspensión No.1 – Reinicio No.1)

GARANTÍA	POLIZA No.	VIGENCIA		MONTO
CUMPLIMIENTO	49-44-101035927	29/04/2025	30/12/2025	$ 40.023.362,20
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	49-44-101035927	29/04/2025	30/08/2028	$ 20.011.681,10
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	49-44-101035927	30/08/2025	30/08/2030	$ 40.023.362,20
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	49-40-101011520	29/04/2025	30/08/2025	$ 40.023.362,20

Garantías según modificaciones contractuales (otro si de prorroga No.1)

GARANTÍA	POLIZA No.	VIGENCIA		MONTO
CUMPLIMIENTO	49-44-101035927	29/04/2025	30/01/2026	$ 40.023.362,20
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	49-44-101035927	29/04/2025	30/10/2028	$ 20.011.681,10
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	49-44-101035927	30/09/2025	30/09/2030	$ 40.023.362,20
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	49-40-101011520	29/04/2025	30/09/2025	$ 40.023.362,20

PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL

MES AGOSTO 2025

Planilla de Trabajadores

MES: AGOSTO/2025	APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL PLANILLA	N° 9491559261
APORTES	ENTIDAD	VALOR
SALUD-EPS	NUEVA EPS – COMFAORIENTE EPS	$ 171,800
PENSIÓN-AFP	PORVENIR	$ 457,400
ARL	ARL SURA	$ 298,500
CCF	COMFAORIENTE	$ 171,700
VALOR TOTAL		$ 1.099.400

Planilla de Representante Legal

MES: AGOSTO/2025	APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL PLANILLA	N° 9490496510
APORTES	ENTIDAD	VALOR
SALUD-EPS	COOSALUD MOVILIDAD	$ 246,300
PENSIÓN-AFP	COLPENSIONES	$ 315,200
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	$ 48,000
VALOR TOTAL		$ 609.500

MES SEPTIEMBRE 2025

Planilla de Trabajadores

MES: SEPT/2025	APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL PLANILLA	N° 9493254384
APORTES	**ENTIDAD**	**VALOR**
SALUD-EPS	NUEVA EPS – COMFAORIENTE EPS	$ 57,600
PENSIÓN-AFP	PORVENIR	$ 191,500
ARL	ARL SURA	$ 100,100
CCF	COMFAORIENTE	$ 57,500
VALOR TOTAL		**$ 406.700**

Planilla de Representante Legal

MES: SEPT/2025	APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL PLANILLA	N° 9491993533
APORTES	**ENTIDAD**	**VALOR**
SALUD-EPS	COOSALUD MOVILIDAD	$ 246,300
PENSIÓN-AFP	COLPENSIONES	$ 315,200
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	$ 48,000
VALOR TOTAL		**$ 609.500**

FACTURA ELECTRONICA.

Teniendo en cuenta que el proveedor factura electrónicamente, el contratista anexa la siguiente la relación:

NUMERO DE FACTURA
FE 4

Por lo anterior el suscrito supervisor delegado del contrato **N.º 422-2025**, certifica que el contrato en mención se cumplió satisfactoriamente según como dice el objeto del mismo, durante el periodo comprendido del **01 de agosto de 2025 AL 30 de septiembre de 2025**

Por lo tanto, se recibe a entera satisfacción por lo que es viable para el supervisor el pago de avance de obra correspondiente.

ESTADO CONTROL FINANCIERO DEL CONTRATO:

VALOR CONTRATO	**$ 400.233.622,00**	**SALDO**
PAGO No.1	**$ 162.533.947,00**	**$ 237.699.675,00**
PAGO No.2	**$ 105.897.719,00**	**$ 131.801.956,00**
PAGO FINAL	**$ 131.801.956,00**	**$ 0,00**

Informe presentado en Tibú, siendo el día 30 de septiembre de 2025.

JORGE MARIO ARENAS AMAYA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO
ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE