## I. DATOS DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **PERÍODO DEL INFORME** | **18 AL 20 DE NOVIEMBRE DE 2025** |
| **TIPO DE CONTRATO** | CONTRATO DE SUMINISTROS |
| **NUMERO DE CONTRATO** | 1120-2025 |
| **FECHA GENERACIÓN DEL CONTRATO** | 18 DE NOVIEMBRE DE 2025 |
| **CONTRATISTA** | **SOLUCIONES Y SUMINISTROS JP SAS** |
| **DOCUMENTO** | NIT. 901861290 |
| **RUBRO PRESUPUESTAL** | 00O-2.4.5.01.02. 01 ALIMENTACIÓN |
| **DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.** | 809 DEL 31 DE JULIO DE 2025 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL No.** | 1980 DEL 18 DE NOVIEMBRE DE 2025 |
| **VALOR** | **SEISCIENTOS CINCIENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS ($656.000.000)** |
| **FECHA INICIO DEL CONTRATO** | 18 DE NOVIEMBRE DE 2025 |
| **FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | 30 DE NOVIEMBRE DE 2025 |
| **OBJETO:** | SUMINISTRO DE RACIONES FAMILIARES (RFPP) DE ACUERDO CON LA GUÍA TECNICA DEL SERVICIO INTEGRADO PARA LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN ESTABLECIDO A TRAVÉS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO ENTRE LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR NÚMERO 54004552025 PARA LA ZONA 1 - CICLO 3 CORRESPONDIENTE A LOS MUNICIPIOS DE TIBÚ, EL TARRA, SAN CALIXTO, TEORAMA Y HACARÍ, NORTE DE SANTANDER. |

Para efectos del presente formato informe de supervisión, en adelante la E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES se denominará EL HOSPITAL y, la otra parte, EL CONTRATISTA.

## II. OTROSÍ/SUSPENSIÓN

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ADICION** | SI | | NO | X | VALOR | |
| **PRORROGA** | SI | | NO | X | VIGENCIA | |
| **MODIFICACIÓN** | FECHA | | | | ASUNTO | |
| **SUSPENSIÓN** | SI | | NO | X | CAUSA | |
| FECHA INICIO | DD/MM/AAAA | | FECHA FIN | | DD/MM/AAAA | |

## III. INFORMACION DEL SUPERVISOR

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR** | **HOLGER SANTOS MALDONADO** |
| **CARGO** | Subgerente científico |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR DE APOYO** | **ERIKA YOCONDA CLAVIJO** |
| **CARGO** | Coordinadora convenio |

## IV. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

### 1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

#### a. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Cumplir con el plazo estipulado para el cumplimiento de requisitos de legalización del contrato, de conformidad al cronograma del proceso. | X | | |
| Ejecutar el objeto del contrato en los plazos establecidos, haciendo entrega real y material y en condiciones de calidad de los servicios contratados bajo las condiciones técnicas y económicas de acuerdo con su propuesta. | X | | |
| Enmarcar sus actuaciones dentro del ordenamiento jurídico vigente y obrar con diligencia en la ejecución de los procesos encomendados por EL HOSPITAL. | X | | |
| Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta **EL HOSPITAL**, por conducto del funcionario que ejercerá la Supervisión. | X | | |
| Suministrar al Supervisor toda la información requerida para el ejercicio oportuno de su gestión. | X | | |
| Atender las sugerencias y/o recomendaciones hechas por **EL HOSPITAL**, en cabeza del Supervisor encargado. | X | | |
| Presentar ante el supervisor del contrato informe técnico escrito mensual de los servicios prestados o de acuerdo a lo requerido. | X | | |
| Suscribir oportunamente el acta de inicio y el acta de liquidación del contrato, conjuntamente con el/la supervisor/a del mismo, cuando corresponda. | X | | |
| Utilizar de manera racional los recursos energéticos e hídricos de las instalaciones de **EL HOSPITAL** en el caso que requiera de estos para la ejecución de sus actividades. Queda entendido que no habrá vínculo laboral alguno entre el personal utilizado por **EL CONTRATISTA** y **EL HOSPITAL.** | X | | |
| Cumplir con el pago oportuno de todos los conceptos asociados prestaciones sociales, seguridad social y parafiscal de todo el personal que ponga a disposición de EL HOSPITAL, para el desarrollo del objeto contractual. | X | | |
| Presentar la facturación en forma oportuna con todos los soportes requeridos por las instancias de EL HOSPITAL, para el respectivo trámite del pago. | X | | |
| Las demás obligaciones que directa o indirectamente se desprendan del objeto y alcance contratado. | X | | |

**b. OBLIGACIONES ESPECIALES DEL CONTRATISTA**

| OBLIGACIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSEVACIONES |
|---|---|---|---|
| **1.** Dar garantía de cumplimiento y calidad de los equipos y elementos objeto de compra por el término | X | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| indicado si se requiere. | | | |
| **2.** El contratista responderá por la buena calidad de los elementos objeto de compra. | X | | |
| **3.** El contratista deberá reportar oportunamente las anomalías que llegaren a presentarse durante la ejecución del objeto contractual. | X | | |
| **4.** El contratista debe anexar los registros INVIMA y el manual de usuario de los dispositivos médicos que lo requieran. | X | | |
| **5.** Cumplir los requerimientos que se hagan en desarrollo del objeto contractual | X | | |
| **6.** El contratista se obliga a dar cumplimiento a las cláusulas de garantía descritas en la oferta. | X | | |
| **7.** El contratista debe hacer entrega de la documentación solicitada en el ítem 6 Productos (entregables) con la entrega de los equipos | X | | |

**2. RESULTADO DE EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

De conformidad con lo estipulado en los estudios de conveniencia y oportunidad y según lo indicado en el contrato, el contratista, dio cumplimiento al objeto contratado, su alcance y las obligaciones.

Se evidencia que existen los informes periódicos a cargo del contratista, así como, los informes responsabilidad de la supervisión, los cuales se encuentran cargados en la plataforma de SECOP II.

**3. BALANCE FINANCIERO**

| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$656.000.000** |
| **2.** | **+** VALOR ADICION (si aplica) | **0** |
| **3.** | **= VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$656.000.000** |
| **4** | VALOR FACTURADO PERIODO DE EJECUCION DE 18 AL 20 DE NOVIEMBRE DE 2025 | **$656.000.000** |
| **5.** | **=TOTAL VALOR EJECUTADO** | **$656.000.000** |
| **6.** | **(3-5)=TOTAL VALOR POR EJECUTAR A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME** | **$ 0** |

**4. CONCEPTO DEL SUPERVISOR SOBRE EL CUMPLIMIENTO GENERAL DEL OBJETO DEL CONTRATO**

En calidad de supervisor(es) del Contrato designado(s) por EL HOSPITAL, se verificó que, respecto del objeto contratado, su alcance y las actividades ejecutadas, existe cumplimiento de estas por parte de EL CONTRATISTA.

**5. RESULTADO DE LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO**

Una vez constatado y descrito el cumplimiento del objeto contratado por parte del CONTRATISTA, el cumplimento es:

| Estado del Desarrollo del Contrato | SI | NO |
|---|---|---|
| SATISFACTORIO | X | |
| NORMAL | | |
| REQUIERE AJUSTE | | |

- **Recomendaciones o sugerencias acerca del desempeño del contratista:**

A la fecha de la realización del presente informe, no hubo recomendación u observación alguna por parte de la supervisión.

**6. FUENTES DE VERIFICACION A CONSULTAR EN RELACION AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO**

- Expedientes contractuales cargado en la plataforma SECOP II.
- Seguridad social noviembre Número 9 4 9 4 5 4 1 2 0 5
- Cuenta de cobro y/o factura electrónica No FE-34
- Entrada a Almacén (No aplica).

**7. INFORME PARCIAL DE SUPERVISION**

Teniendo en cuenta las obligaciones derivadas del contrato, en el marco de las funciones asignadas en el artículo 38 del Estatuto de Contratación de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares, adoptado mediante Acuerdo No 004 de 2014 y modificado por Acuerdo No 007 de 2022 del 10 de noviembre, me permito:

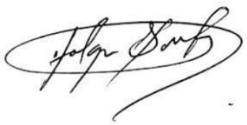
**Certificar que:**

Que, en desarrollo de mi función de supervisión, he elaborado oportunamente y subido a la plataforma de SECOP II todos los informes y documentos producidos con ocasión de la ejecución del contrato donde se visualiza el cumplimiento del objeto del contrato.

Así mismo, se verificó y constató que el contratista presentó las planillas que acreditan el pago de aportes de salud, pensión y riesgos laborales de acuerdo con las normas vigentes y con las demás obligaciones fiscales del orden regional y nacional. La cual está cargada anexa en la cuenta de cobro correspondiente al periodo.

Se firma el presente formato de informe de supervisión por quienes en la misma intervienen, en el mes de noviembre de dos mil veinticinco (2025).

Supervisor,



**Firma:**

**HOLGER SANTOS MALDONADO**
**Cargo:** Subgerente científico
**N° Documento: 88.234.873**

Supervisora de apoyo,

**Firma:**

Erika Y. Clavijo

ERIKA YOCONDA CLAVIJO
**Cargo:** Coordinadora general
**N° Documento: 1.091.676.153**