| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME** | 01 | 09 | 2025 | 30 | 11 | 2025 |
| **2. ¿Se reporta algún desempeño deficiente o a mejorar?** | **SI** | | | **NO X** | | |
| **3. PORCENTAJE DE EJECUCIÓN** | **FÍSICA** | | | **PRESUPUESTAL** | | |
| | 100% | | | 100% | | |

**4. DATOS DEL SUPERVISOR**:

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR | ANDREA LORENA PALACIO GALLO |
| DEPENDENCIA | Secretaria de Salud y Seguridad Social |
| CARGO | Secretario de Despacho |
| CIUDAD | Santa Rosa de Cabal (R) |

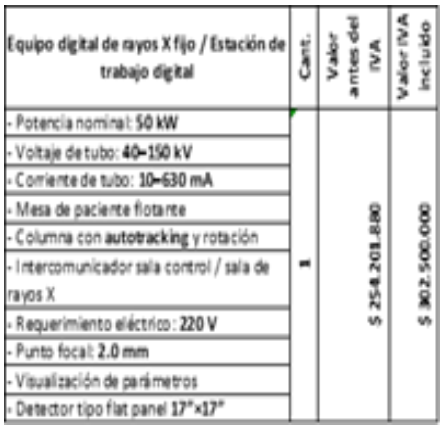
**5. DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO**:

| | |
|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO | 698-2025 |
| FECHA DE CONTRATO | 01/09/2025 |
| CONTRATISTA | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL |
| CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT | NIT 891480036-6 |
| PROYECTO | IMPLEMENTACION A LOS SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL |
| VALOR | TRESCIENTOS DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS **($302.500.000)** |
| PLAZO INICIAL | CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS |
| PLAZO FINAL DEL CONTRATO | **NOVENTA (90) DÍAS** |
| FECHA ACTA DE INICIO | **01-09-2025** |
| FECHA TERMINACIÓN | 30/11/2025 |
| IMPUTACION PRESUPUESTAL | 2.3.2.02.02.008 SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION |
| CDP | No. 991<br>No. 216 |
| RP | No. 1405 |
| ADICIÓN | N/A |
| PRÓRROGA | PRORROGA No. 1 CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS |
| VALOR | N/A |
| SUSPENSIÓN | N/A |
| AUNAR ESFUERZOS PARA MEJORAR LA PRESTACION DEL SERVICIO EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL, EN EL MARCO DEL PROYECTO DEL MEJORAMIENTO DE LAS CAPACIDADES DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | |

## SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

**6. CUMPLIMIENTO DEL OBJETO**: Para este periodo se cumplen el 100% de las actividades del objeto del contrato aunar esfuerzos para mejorar la prestación del servicio en salud en el municipio de santa rosa de cabal, en el marco del proyecto del mejoramiento de las capacidades de atención en el área de imágenes diagnosticas para la prestación de servicios de salud en la ESE Hospital San Vicente de Paul.

**7. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES:**

<table>
<tr><th>NÚMERO DE OBLIGACIÓN</th><th>OBLIGACIÓN</th><th>DEFICIENTE</th><th>A MEJORAR</th><th>SATISFACTORIO</th><th>SOBRESALIENTE</th><th>NO APLICA</th><th>OBSERVACIONES</th></tr>
<tr><td></td><td>ALCANCE ÚNICO: Dotar del equipo digital de rayos X fijo para equipar el área de imágenes diagnosticas de la ESE Hospital San Vicente de Paul, de conformidad con la propuesta aportada por dicha entidad, por valor de TRESCIENTOS DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($302.500.000) M/CTE y que se relacionan a continuación:<br>
<table>
<tr><th>Equipo digital de rayos X fijo / Estación de trabajo digital</th><th>Cant.</th><th>Valor antes del IVA</th><th>Valor IVA incluido</th></tr>
<tr><td>- Potencia nominal: 50 kW<br>- Voltaje de tubo: 40–150 kV<br>- Corriente de tubo: 10–630 mA<br>- Mesa de paciente flotante<br>- Columna con autotracking y rotación<br>- Intercomunicador sala control / sala de rayos X<br>- Requerimiento eléctrico: 220 V<br>- Punto focal: 2.0 mm<br>- Visualización de parámetros<br>- Detector tipo flat panel 17"×17"</td><td>1</td><td>$ 254.201.680</td><td>$ 302.500.000</td></tr>
</table></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Durante la vigencia del convenio, el Hospital adelantó las siguientes actividades:<br>Realización del proceso de contratación con el proveedor JHON FABER HENAO ROJO para la adquisición del equipo de rayos X fijo digital con estación de lectura, conforme a las especificaciones técnicas establecidas en el anexo del convenio.<br>El equipo cuenta con:<br>- Potencia nominal de 50 kW<br>- Rango de voltaje de tubo de 40-150 kV<br>- Corriente de tubo de 10 mA a 630 mA<br>- Mesa de paciente flotante y columna de tubo con auto tracking<br>- Detector digital tipo flat panel de 17”x17” con estación de lectura<br>Se suscribió el contrato N° 268 – 2025 entre la E.S.E. y el proveedor JHON FABER HENAO ROJO<br>Se cuenta con acta de inicio del 26 de septiembre y cronograma de entrega con tiempo límite de 30 de noviembre 2025.<br><br>Evidencias en drive secretaria de salud<br>https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1sR-CXNha2J2OGTMUmXKKO5qCfQs4Nugz</td></tr>
</table>

**11. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS ACERCA DEL DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA**: No existen recomendaciones.

**12. DECLARACIONES Y PROPUESTAS DEL CONTRATISTA ANTE UN EVENTUAL DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR DE LAS OBLIGACIONE:** No aplica.

**13. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:**

| ITEM | PERIODO DE PAGO<br>AÑO – MES | FECHA DE PAGO<br>ANO – MES – DÍA | |
|---|---|---|---|
| PENSION | 2025-08 | 2025- 09-01 | **SEPTIEMBRE.OCTUBRE. NOVIEMBRE PLANILLA N° 34533791** |
| SALUD | 2025-09 | 2025- 09-01 | |
| RIESGOS PROFESIONALES | 2025-09 | 2025- 09-01 | |

| ITEM | PERIODO DE PAGO<br>AÑO – MES | FECHA DE PAGO<br>ANO – MES – DÍA | |
|---|---|---|---|
| PENSION | 2025-09 | 2025-10-03 | **SEPTIEMBRE.OCTUBRE. NOVIEMBRE PLANILLA N° 34916197** |
| SALUD | 2025-10 | 2025-10-03 | |
| RIESGOS PROFESIONALES | 2025-10 | 2025-10-03 | |

| ITEM | PERIODO DE PAGO<br>AÑO – MES | FECHA DE PAGO<br>ANO – MES – DÍA | |
|---|---|---|---|
| PENSION | 2025-10 | 2025-11-04 | **SEPTIEMBRE.OCTUBRE. NOVIEMBRE PLANILLA N° 36191875** |
| SALUD | 2025-11 | 2025-11-04 | |
| RIESGOS PROFESIONALES | 2025-11 | 2025-11-04 | |

Para el periodo comprendido entre el 02/08/2025 y el 02/09/2025 se realizó el pago de la seguridad social y parafiscales con número de planilla **34533791 - 34916197 - 36191875**

**14. RESULTADO ESPERADO AL MOMENTO DE FINALIZAR EL CONTRATO:** Al finalizar la ejecución contractual, se espera que el proveedor haya realizado la entrega completa, oportuna y en óptimas condiciones del equipo digital de rayos X fijo y su estación de trabajo digital, cumpliendo íntegramente con las especificaciones técnicas establecidas: potencia nominal de 50 kW, rango de voltaje de 40–150 kV, corriente de 10–630 mA, mesa de paciente flotante, columna con auto tracking y rotación, intercomunicador entre sala de control y sala de rayos X, requerimiento eléctrico de 220 V, punto focal de 2.0 mm y detector digital tipo flat panel 17”×17”. Asimismo, se espera que el equipo sea entregado dentro del plazo convenido, con toda la documentación requerida (garantías, manuales, certificados de calidad y fichas técnicas), garantizando su instalación inicial y quedando en condiciones de funcionamiento para la prestación de los servicios diagnósticos en la entidad.

**15. RIESGOS EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS:** No aplica.

**16. ¿EXISTE PLAN DE MEJORAMIENTO? SI NO X**
**(**En caso afirmativo indique el nivel de cumplimiento):

**17. ENTREGÓ INFORME DE EJECUCION?**

| | |
|---|---|
| **SI** X | **NO** |
| **ALCANCE ÚNICO:** Dotar del equipo digital de rayos X fijo para equipar el área de imágenes diagnosticas de la ESE Hospital San Vicente de Paul, de conformidad con la propuesta aportada por dicha entidad, por valor de TRESCIENTOS DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($302.500.000) M/CTE y que se relacionan a continuación:<br><br>Para el periodo comprendido entre el 01-09-2025 y el 30-11-2025<br><br>-Pago de Seguridad Social mes de septiembre, octubre, noviembre de 2025. Adjuntar la planilla de pago de SGSSS para estos meses<br><br>- Cuenta de cobro | |

**11. PROCEDE EL PAGO EN ESTE PERIODO?**

| | |
|---|---|
| SI X | NO |
| SE ANEXA AL PRESENTE INFORME DE SUPERVISIÓN ACTA ÚNICA DE PAGO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 698-2025, EN LA CUAL SE AUTORIZA EL PAGO. | |

**12. OTRAS OBSERVACIONES RELEVANTES DEL SUPERVISOR**: N/A.

**13.** Fecha de elaboración : 26 de noviembre 2025

**ANDREA LORENA PALACIO GALLO**
Secretaria de Salud y Seguridad Social
Supervisora