



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



**INFORME DE SUPERVISION No.001**

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. 024** 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

**FECHA DEL INFORME:** ENERO

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

**No. DEL CONTRATO** 024

**OBJETO** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO MÉDICO EN EL HOSPITAL SANTA ANA DE FALAN

**CONTRATISTA** ROBERTO LUIS ROMERO VILLALOBOS

**NOMBRE SUPERVISOR** CAMILA VERGARA HINCAPIE

**No. INFORME** 1 DE 1

**PERIODO DEL INFORME** 05 AL 31 DE ENERO DEL 2026

**2. PLAZO DE EJECUCIÓN**

**FECHA DE INICIO** 05 DE ENERO DEL 2026

**FECHA INICIAL DE TERMINACIÓN** 31 DE ENERO DEL 2026

**PRÓRROGA No.** N/A

**3. información financiera**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** 6.480.000,00



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



<b>ADICIÓN No. (CUANDO APLIQUE)</b>	N/A
<b>FORMA DE PAGO</b>	El Hospital pagará un <b>(01) pago</b> , cada uno por valor de <b>SEIS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS (\$6.480.000, 00)</b> MCTE, 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>ANTICIPO CANCELADO:</b>	0
<b>PAGOS PARCIALMENTE CANCELADOS:</b>	0
<b>VALOR DEL PRESENTE PAGO</b>	6.480.000,00
<b>SALDO POR EJECUTAR (SALDO DEL CONTRATO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:</b>	0
<b>PORCENTAJE EJECUTADO DE RECURSOS A LA FECHA %</b>	<b>100 % DEL 100%</b>

<b>INFORME DEL SUPERVISOR SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>	
<b>1. Observaciones:</b>	No se realizaron observaciones ni recomendaciones sobre el cumplimiento del contrato.
<b>2. Seguridad Social:</b>	Se verificó el cumplimiento en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normativa vigente.



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



	Indicar número de planilla y el mes que corresponde: -Mes: <b>ENERO</b> -Planilla No. <b>9498585715</b>
<b>3. Novedades:</b>	No se presentaron novedades durante la ejecución del contrato.
<b>4. Constancia de Ejecución:</b>	La supervisora <b>Camila Vergara Hincapié</b> certifica que el contratista cumplió con las actividades del período reportado. No hubo procesos de incumplimiento.
<b>5. Recibo y Autorización de Pago:</b>	Se expide recibo a satisfacción y se autoriza el pago de <b>\$6.480.000, oo MCTE.</b>

<b>6. DATOS DEL SUPERVISOR:</b>	
<b>Dependencia</b>	<b>Administrativa</b>
<b>Nombre completo</b>	<b>Camila Vergara Hincapié</b>
<b>Cargo</b>	<b>Técnica Adm - Talento Humano</b>
<b>Firma</b>	