



# INFORME DE SUPERVISIÓN

## No. 002

### ETAPA DEL CONTRATO:

Ejecución Contractual

**F C E**

### TIPO DE CONTRATO:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CENTRO DE SALUD SUCRE

### FECHA DEL INFORME DE SUPERVISIÓN:

DIA	MES	AÑO
02	03	2026

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO SUPERVISADO

NUMERO DE CONTRATO	006-2026
FECHA DEL CONTRATO	05-01-2026
CONTRATANTE	E. S. E. CENTRO DE SALUD SUCRE
CONTRATISTA	LIZETH ANDREA BAREÑO ARIZA
OBJETO DEL CONTRATO	"PRESTAR LOS SERVICIOS COMO REGENTE DE FARMACIA, ATENCION EN ALMACEN, REALIZACION DE ACTIVIDADES DE DISPENSACION, FACTURACION RENDICION DE INFORMES Y LAS DEMAS INHERENTES EN EL CENTRO DE SALUD SUCRE SEDE CABECERA MUNICIPAL".
NOMBRE SUPERVISOR	DIANA YORLEN MARIN RUIZ
CARGO SUPERVISOR	PROFESIONAL ENFERMERIA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS
FECHA DE INICIO	09-01-2025
PLAZO INICIAL	SEIS MESES
FECHA DE TERMINACION	30-06-2026

## AVANCE TÉCNICO DEL CONTRATO SUPERVISADO

FECHA DE INICIACIÓN DE ACTIVIDADES		DIA	MES	AÑO
		01	01	2026
LUGAR DE EJECUCION	SUCRE- SANTANDER			
POBLACION BENEFICIADA	COMUNIDAD DEL MUNICIPIO DE SUCRE (SANTANDER)			

## AVANCE ADMINISTRATIVO DEL CONTRATO SUPERVISADO

IMPACTO DEL DESARROLLO DEL CONTRATO	Con la ejecución del contrato suscrito, se ha beneficiado a la comunidad del Municipio de Sucre en general, toda vez que las actividades se encuentran dirigidas al correcto desarrollo de las funciones que constitucional y legalmente le corresponden a la Entidad								
ESTADO DEL CONTRATO	EN EJECUCION								
PERIODO SUPERVISADO	Desde:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>02</td> <td>2025</td> </tr> </tbody> </table>		DIA	MES	AÑO	01	02	2025
DIA	MES	AÑO							
01	02	2025							
	Hasta:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28</td> <td>28</td> <td>2025</td> </tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	28	28	2025
DÍA	MES	AÑO							
28	28	2025							

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO SUPERVISADO

+57 320 3030628

contactenos@esehospitallocaldesucresucresantander.gov.co





## ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO INFORMADO

Durante el Periodo informado, el suscrito (a) realizó las siguientes actividades en cumplimiento del objeto contractual:

Durante el Periodo informado, el suscrito (a) realizó las siguientes actividades en cumplimiento del objeto contractual:

ÍTEMS	DESCRIPCIÓN DE OBLIGACION CONTRACTUAL	FORMA COMO SE EJECUTO	EVIDENCIA
	Realizar y rendir los informes del SISMED y rendir todo lo relacionado a fines con su objetivos y que se solicite con el fin de cumplir oportunamente a los entes de control, secretaria de salud, ministro de salud ,superintendencias s	No aplica para este mes	
1	Mantener actualizado el inventario de medicamentos y de material médico quirúrgico entregado a su custodia	Diariamente se va actualizando el inventario de acuerdo a la cantidad de medicamentos entregados.	Cumplió
2	Participar activamente en los comités institucionales.	No aplica para este mes	Cumplió
3	Participar activamente en el cumplimiento de procedimientos y pautas para la facturación diaria permitiendo la optimización del recaudo con un mínimo de riesgo bajo parámetros de efectividad y calidad	Se realizar diariamente su respectiva facturación de medicamentos	Cumplió
4	Realizar la entrega de medicamentos a los pacientes, conforme a las ordenes medicas remitidas por el personal autorizado (médico-odolontolo(a)).	Diariamente se realiza la dispensación de medicamentos a los pacientes de la ESE HOSPITAL LOCAL DE SUCRE, cumpliendo el protocolo debido.	Cumplió
	Canalizar usuarios para los diferentes programas de promoción y prevención.	No aplica para este mes	
5	El contratia debe cumplir con las exigencias legales, éticas y normativas para el adecuado manejo y control de inventario de medicamentos e insumos médicos dados por la ESE para el proceso de dispensación a los diferentes servicios atendidos por el servicio farmaceutico, garantizando que no se presente faltantes o sobrantes de este.	Si tengo todos los documentos en regla	Cumplió

Carrera 4 # 7 - 36

+57 320 3030628

contactenos@esehospitallocaldesucresucresantander.gov.co





**E.S.E**  
CENTRO DE SALUD SUCRE

	Por los procedimientos que se requieran cobro remitir al paciente al área indicada para que reclame su respectiva factura de compra.	No aplica para este mes	
6	Realizar los pedidos de manera oportuna para atender con calidad cada procedimiento.	Se realiza el comité de compras para la ejecución previa aprobación del comité de solicitud del pedido mensual (medicamentos, material médico quirúrgico, odontología, laboratorio).	Cumplió
7	Recibir por medio de Inventario el área encargada, mantener el inventario y entregar su contratación.	Se realiza un inventario mensual, se entrega a la contadora y se lleva un control de inventario método PEPS	Cumplió
8	Llevar inventario mensual de control de medicamentos material y suministros y rendir su respectivo y recepcionar medicamentos adquiridos por la ESE y responder por su almacenamiento y dispensación. Mantener una presentación pulcra e impecable en el sitio de trabajo	Se lleva inventario mensual de control de medicamentos material y suministro de igual manera rendir su respectivo y recepcionar medicamentos adquiridos por la ESE y responder por su almacenamiento y dispensación. En el lugar de trabajo se tiene una buena presentación.	Cumplió

### AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO SUPERVISADO

#### ASPECTOS GENERALES

No. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	26-00006
FECHA DEL CDP	05 ENERO DE 2025
No. REGISTRO PRESUPUESTAL	26-00006
FECHA DEL RP	05 ENERO DE 2025

#### DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA PAGO

Número y Fecha de Cuenta de Cobro o Factura	No. 002_ Fecha 02 Marzo DE 2026		
Número y Fecha de Informe de Actividades	No. 002_ Fecha 02 Marzo DE 2026		
Presenta solicitud de Transferencia a Cuenta Bancaria	CLASE DE CUENTA	AHORROS	
	BANCO	BANCO AGRADRIO	
	NUMERO	460762023262	
	TITULAR	CONTRATISTA	
Documentos correspondientes a la Seguridad Social Integral	X CUMPLE		NO CUMPLE

VALOR A CANCELAR  
HONORARIOS

BASE COTIZACION  
CONTRATISTA

PERIODO

No. PLANILLA:

Carrera 4 # 7 - 36

+57 320 3030628

contactenos@esehospitallocaldesucre-sucre-santander.gov.co



\$2.400.000	\$1.750.905	ENERO 2026	8639637431
<b>OPERADOR</b>	<b>FECHA DE PAGO:</b>	<b>TOTAL, PLANILLA</b>	
ASOPAGOS	2026-01-06	\$517.400	
<b>TIPO ADMINISTRADORA</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>VALOR APORTES</b>	
EPS	COOSALUD	\$ 218.900	
AFP	PORVENIR	\$ 280.200	
ARL	COLMENA	\$ 18.300	

#### AVANCE PORCENTUAL DEL CONTRATO SUPERVISADO

PORCENTAJE EJECUTADO A LA FECHA	30.5%
VALOR EJECUTADO A LA FECHA	\$4.400.000

#### ESTADO DE DESEMBOLSOS

Valor Del Contrato	14.400.000 <sup>00</sup>
Valor de Pagos Parciales avalados a la fecha	\$2.400.000 <sup>00</sup>
Valor del Pago Parcial avalado en este informe	\$ 2.000.000 <sup>00</sup>
Valor pendiente por ejecutar	\$10.000.000 <sup>00</sup>

Que del 2 al 6 de febrero no se ejecutaron actividades por incapacidad médica, que impidió a la contratista desarrollar las mismas, por lo cual El contratista No cobró el valor de CUATROCIENTOS MIL PESOS ( \$400.000), del periodo del 01 al 28 de febrero de 2026.

#### AVANCE LEGAL DEL CONTRATO SUPERVISADO

ESTADO DE LAS PÓLIZAS	En el contrato supervisado no se solicitaron Pólizas de Garantía de acuerdo con lo preceptuado en el Estudio Previo y la Minuta contractual.
PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	Para el Perfeccionamiento del Contrato se requería la firma de las partes, la expedición del Registro Presupuestal y la suscripción del Acta de inicio lo cual se cumplió a cabalidad.

Carrera 4 # 7 - 36

+57 320 3030628

contactenos@esehospitallocaldesucre-sucre-santander.gov.co





Elaborado por,

*Diana Yorlen Ruiz*

**E.S.E**

CENTRO DE SALUD SUCRE

<b>NOMBRE</b>	DIANA YORLEN MARIN RUIZ
<b>CARGO</b>	Supervisor

Carrera 4 # 7 - 36



+57 320 3030628



[contactenos@esehospitallocaldesucre-sucre-santander.gov.co](mailto:contactenos@esehospitallocaldesucre-sucre-santander.gov.co)





**CERTIFICA:**

**LIZETH ANDREA BAREÑO ARIZA**, mayor de edad e identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1.101.019.678** de Sucre (S), demostró el cumplimiento a cabalidad del Contrato de Prestación de Servicios No 006-2026 de dos mil veinte seis (2026), cuyo objeto : : **"PRESTAR LOS SERVICIOS COMO REGENTE DE FARMACIA, ATENCION EN ALMACEN, REALIZACION DE ACTIVIDADES DE DISPENSACION, FACTURACION RENDICION DE INFORMES Y LAS DEMAS INHERENTES EN EL CENTRO DE SALUD SUCRE SEDE CABECERA MUNICIPAL"**.de acuerdo al informe de Supervisión que acompaña el presente documento, durante el siguiente período:

Desde:

DIA	MES	AÑO
01	02	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
28	02	2026

NOTA: Que el 02 al 06 de febrero de 2026, la contratista reporto la imposibilidad de ejecutar sus actividades por incapacidad médica, sin que esto represente incumplimiento contractual, debe tenerse en cuenta que si las partes contratantes acuerdan no suspender el contrato de prestación de servicios, como ocurrió en el presente caso, la contratista debe acreditar el cumplimiento de las actividades contratadas, para que haya lugar al pago de honorarios, por cuanto debe demostrarse que el objeto del mismo está siendo ejecutado, situación que no ocurrió, dicho periodo no será reconocido proporcionalmente.

AUTORIZACION DE PAGO: Se aprueba y ordena el Segundo (02) pago parcial del periodo comprendido desde 01 de febrero hasta el 28 de febrero de 2026, y se da concepto favorable para la aprobación del pago por la suma de DOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000=).

Dado en el municipio de Sucre Santander cinco (02) días del mes de marzo de dos mil veinte seis (2026)

**TANIA DAYANY CASTILLO ARIZA**

Supervisor





ESE HOSPITAL LOCAL DE SUCRE  
Nit: 00804008746 - 9  
SUCRE

AÑO	MES	DÍA	COMPROBANTE GENERAL	Pág
2026	03	04	No: CG 26-00103	Con: 1 1

Diario: CC: 01101019678 - - BARÑO ARIZA LIZETH ANDREA

00006, CD 26-00006, PRESTAR LOS SERVICIOS COMO REGENTE DE FARMACIA, ATENCION EN ALMACEN, REALIZACION DE ACTIVIDADES DE DISPENSACION, JURACION, RENDICION DE INFORMES Y LAS DEMAS INHERENTES EN EL CENTRO DE SALUD SUCRE SANTANDER SEDE CABECERA MUNICIPAL PAGO MES DE ABRIL DE 2026

LIQUIDACIONES

Detalle del Concepto	Valor Débito	Valor Crédito	Detalle del Concepto	Valor Débito	Valor Crédito
Saldo de la cuenta sin iva	2,000,000.00	0.00			

CONTABILIZACIONES

No	Detalle	Código Contable	Imputación Presupuestal	Fondo	Valor Débito	Valor Crédito	Base
1	Adquisición de bienes y servicios ? Otro	036191	2.1.2.02.02.008.002.01	RP	2,000,000.00	0.00	0.00
2	Adquisición de bienes y servicios ? Otro	035191			0.00	2,000,000.00	0.00
3	SERVICIOS	51118001			2,000,000.00	0.00	2,000,000.00
4	Bienes y Servicios	24010101			0.00	2,000,000.00	2,000,000.00
<b>TOTALES \$</b>					<b>4,000,000.00</b>	<b>4,000,000.00</b>	

ARMANDO

Elaboró

Ordenador del gasto

BARÑO ARIZA LIZETH ANDREA

DOS MILLONES DE PESOS m/cte.....



**ESE HOSPITAL LOCAL DE SUCRE**  
Nit: 00804008746 - 9  
SUCRE

AÑO	MES	DÍA	COMPROBANTE DE EGRESO	Pág
2026	03	04	No: CE 26-00105	Con: 1 1

Doc. de Pago : NOTADEBITO      Nombre Banco : BANCO AGRARIO DE COLOMBIA      Benef : BARÑO ARIZA LIZETH ANDREA  
Cuenta Número : 1      Nombre Cuenta : 528-4 Cta Cte Banco Agrario      Nit : 01101019678

CG 26-00103, CP 26-00006, CD 26-00006, PRESTAR LOS SERVICIOS COMO REGENTE DE FARMACIA, ATENCION EN ALMACEN, REALIZACION DE ACTIVIDADES DE DISPENSACION, FACTURACION, RENDICION DE INFORMES Y LAS DEMAS INHERENTES EN EL CENTRO DE SALUD SUCRE SANTANDER SEDE CABECERA MUNICIPAL PAGO MES DE FEBRERO DE 2026

**LIQUIDACIONES**

Detalle del Concepto	Valor	Detalle del Concepto	Valor
Valor de la Cuenta	2,000,000.00		
<b>Total Descuentos \$</b>	<b>0.00</b>		

**CONTABILIZACIONES**

Cont	Detalle	Código Contable	Imputación Presupuestal	Fond	Valor Débito	Valor Crédito	Base
0001	Bienes y Servicios	24010101	2.1.2.02.02.008.002.01	RP	2,000,000.00	0.00	2,000,000.00
0505	528-4 Banco Agrario	11100501			0.00	2,000,000.00	2,000,000.00

**SUMAS IGUALES \$**      2,000,000.00      2,000,000.00

Valor a pagar: \$ 2,000,000.00

En letras: DOS MILLONES DE PESOS m/cte.....

ARMANDO

Elaboró

Ordenador del gasto

Recibí:

C.C.

de

ESE HOSPITAL LOCAL DE SUCRE SANTANDER ESE : TANIA DAYANY...

# Autorizaciones de transferencias

Detalles de la transferencia

**Cuenta Origen:**

Cuenta corriente

5284

**\*\*\*\*5284**ESE HOSPITAL LOCAL DE SUCRE  
SANTANDER

Monto a debitar \$ 2.000.000,00

**Cuenta Destino:**

Producto de terceros

Cuenta de ahorros

**\*\*\*\*3262**Monto a acreditar \$  
2.000.000,00**Monto \$  
2.000.000,00****Información adicional de la transferencia**Costo de la \$ 0,00  
transacción:

Número --

de

factura:

Descripción Pago Lizeth  
Bareño 02

Autorizaciones de los usuarios

Errores en autorizaciones

IC-Banking / Copyright © 2026 Infocorp