

|                                                                                  |                                                                                              |                                                                                    |             |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
|  | <b>CENTRO DE SALUD FUNES</b><br><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>NIT.: 900128655-1</b> |  | Código:     | FOSBD |
|                                                                                  | <b>INFORME DE SUPERVISION</b>                                                                |                                                                                    | COD.        | SERIE |
|                                                                                  |                                                                                              |                                                                                    | 202         | 09.03 |
|                                                                                  |                                                                                              |                                                                                    | PAG. 1 DE 1 |       |

Yo, **ANDREA MAYERLIN CANCHALA BASTIDAS**, en mi calidad de supervisor designado por la Representante legal del Centro de Salud Funes ESE, me permito presentar informe parcial de supervisión correspondiente al acuerdo de voluntades en los siguientes términos:

## 1. ASPECTOS GENERALES

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                                                                                                             |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONTRATO PRESTACIÓN SERVICIOS</b> | <b>DE DE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>No. 2026000009-009</b> |                                                                                                             |
| <b>CONTRATANTE</b>                   | <b>CENTRO DE SALUD FUNES ESE</b><br>NIT 900.128.655-1<br><b>ADRIANA BRAVO MORENO</b><br>51.939.655 expedida en Ipiales – Nariño                                                                                                                                                                     |                           |                                                                                                             |
| <b>CONTRATISTA</b>                   | <b>Alexa Nathalia Cortes Lasso</b><br>C.C N° 1.087.006.197<br>3226122789<br>cortezlassoan@gmail.com                                                                                                                                                                                                 |                           |                                                                                                             |
| <b>VALOR</b>                         | CUATRO MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS MDA/CTE (\$4.712.280)                                                                                                                                                                                                                 |                           |                                                                                                             |
| <b>OBJETO</b>                        | PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA EL APOYO A LA GESTION EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN EL CENTRO DE SALUD FUNES ESE                                                                                                                                       |                           |                                                                                                             |
| <b>DURACIÓN</b>                      | TRES MESES                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                                                                                             |
| <b>FORMA DE PAGO</b>                 | El centro De Salud Funes ESE, pagará al contratista , la suma convenida como se detalla a continuación:                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                             |
|                                      | <b>Ítem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Fecha</b>              | <b>Valor</b>                                                                                                |
|                                      | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 31 de enero de 2026       | \$1.570.760                                                                                                 |
|                                      | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 28 de febrero de 2026     | \$1.570.760                                                                                                 |
|                                      | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 31 de marzo de 2026       | \$1.570.760                                                                                                 |
|                                      | <b>Requisito</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |                                                                                                             |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           | Pago de seguridad social integral<br>Pago de seguridad social integral<br>Pago de seguridad social integral |
|                                      | <b>PARAGRAFO PRIMERO:</b> El Contratista deberá acreditar los pagos de aportes a los sistemas de salud, pensión y riesgos laborales por los montos que establece la ley, previo al pago correspondiente.                                                                                            |                           |                                                                                                             |
|                                      | <b>PARAGRAFO SEGUNDO:</b> Para los pagos respectivos se requiere que el (la) contratista realice la entrega del plan de trabajo y de los de productos por medio de un informe mensualizado de las actividades realizadas con los respectivos soportes (evidencias fotográficas, pantallazos, etc.). |                           |                                                                                                             |
| <b>SUPERVISOR</b>                    | <b>ANDREA MAYERLIN CANCHALA BASTIDAS</b><br>SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                                                             |

## 2. ELEMENTOS DE ORDEN TÉCNICO

Las obligaciones ejecutadas con ocasión del contrato fueron las siguientes:



| No | OBLIGACION ESPECIFICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PRESE<br>NTA | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | El cumplimiento del presente objeto contractual se realizará directamente dentro de las instalaciones de la entidad con el cumplimiento de turnos específicos y asumiendo del mismo modo una disponibilidad, que permita garantizar la atención en salud de nuestros usuarios de manera eficaz, con oportunidad y calidad. En caso de requerirse la prestación del servicio fuera de las instalaciones de la ESE, esto será consensuado e informado con la debida antelación para no alterar la mecánica habitual de las atenciones. (Cuando Aplique). | Si           | La contratista realizó y ejecutó las actividades propias del objeto contractual dentro de las instalaciones de la ESE, manteniendo disponibilidad para garantizar una atención oportuna, eficaz y con calidad a los usuarios.                                                                                                                                                                                                           |
| 2. | Realizar por parte del CONTRATISTA un plan de trabajo que permita cumplir a cabalidad con el objeto contractual y la entrega de productos pactados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Si           | La contratista elaboró, organizó y ejecutó el plan de trabajo establecido, dando cumplimiento cabal al objeto contractual y garantizando la entrega oportuna y con calidad de los productos pactados.                                                                                                                                                                                                                                   |
| 3. | Apoyar en los sistemas de información de la Institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Si           | La contratista realizó actividades de apoyo en los sistemas de información de la Institución, ejecutando la verificación y validación de la información registrada en las diferentes matrices, garantizando que los datos suministrados fueran veraces, completos y contaran con la debida fuente de respaldo.                                                                                                                          |
| 4. | Diligenciar de manera oportuna el cargue de los datos en las diferentes plataformas dentro de las fechas señaladas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Si           | La contratista realizó y ejecutó el cargue oportuno de los datos en las diferentes plataformas, conforme a los lineamientos establecidos, garantizando el registro adecuado de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud dirigidas a las EAPB, dentro de las fechas señaladas, los cuales son:<br><br>1. REPORTE NOMINAL DE<br>CANCER DE CERVIX<br>MALLAMAS.<br>2. REPORTE NOMINAL<br>MAMOGRAFIA MALLAMAS Y<br>EMSSANAR. |

|                                                                                  |                                                                         |  |                                                                                    |             |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
|  | CENTRO DE SALUD FUNES<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO<br>NIT.: 900128655-1 |  |  | Código:     | FOSBD |
|                                                                                  | INFORME DE SUPERVISION                                                  |  |                                                                                    | COD.        | SERIE |
|                                                                                  |                                                                         |  |                                                                                    | 202         | 09.03 |
|                                                                                  |                                                                         |  |                                                                                    | PAG. 1 DE 3 |       |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    | 3. REPORTE DE NOMINAL MATERNIDAD EMSSANAR Y MALLAMAS<br>4. REPORTE DE NOMINAL DE ANTICONCEPCION EMSSANAR Y MALLAMAS<br>5. REPORTE DE NOMINAL PRECONCEPCIONAL EMSSANAR Y MALLAMAS<br>6. REPORTE DE NOMINAL DE VIH EMSSANAR Y MALLAMAS<br>7. REPORTE DE NOMINAL DE IVE EMSSANAR Y MALLAMAS<br>8. REPORTE DE PRUEBAS DE EMBARAZO EMSSANAR Y MALLAMAS SEMANAL<br>9. REPORTE DE MORBILIDAD MATERNA EMSSANAR Y MALLAMAS SEMANAL<br>10. REPORTE SEMANAL DE CITOLOGIA Y PLANIFICACION A EMSSANAR |
| 5. | Reportar oportunamente con calidad los datos de los diferentes informes exigidos por las diferentes EAPB y demás entidades, tales como Nominal EPOC Citologías, Mamografía, Nominal Asma, Nominal Cesación De Tabaco, Nominal De Cérvix, Nominal Hepatitis B Solo Gestantes, Nominal Planificación Familiar, Nominal Preconcepcional, Nominal PSA, Plantilla Tamizajes EPOC, Salud Sexual Y Reproductiva, Servicios De Salud Amigables, SIP/CLAP, VIH, y demás que se requieran. | SI | La contratista realizó el reporte oportuno y con calidad de los informes exigidos por las EAPB y demás entidades, garantizando su diligenciamiento y entrega dentro de los plazos establecidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.  | Realizar apoyo al sistema de información como auxiliar de enfermería en el programa de EPOC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI | La contratista ejecutó y brindo apoyo al sistema de información en el programa de EPOC, garantizando el adecuado registro, organización y actualización de la información conforme a los lineamientos institucionales.                                               |
| 7.  | Reportar y hacer seguimiento de informe de referencia y contra referencia conforme a lo estipulado en el manual de la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 8.  | Realizar turnos en el servicio de urgencias cuando se requiera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI | La contratista estuvo a disponibilidad cuando se requirió realizar turnos en urgencias en especial para planes de contingencias                                                                                                                                      |
| 9.  | Las demás que se desprendan del objeto del presente contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI | La contratista ejecutó y desarrolló las demás actividades derivadas del objeto contractual, evidenciando responsabilidad, disponibilidad y cumplimiento oportuno de las obligaciones encomendadas.                                                                   |
| 10. | Para una adecuada ejecución del presente contrato y conforme el plan de trabajo y los requerimientos estipulados en el actual acuerdo, es necesario por parte del contratista acreditar el cumplimiento de este, con la entrega de productos, evidencias, actividades, informes y demás a que haya lugar en aras de realizar una gestión acorde con las políticas y objetivos institucionales de la Empresa Social del estado. | SI | La contratista ejecutó el plan de trabajo conforme a los requerimientos del contrato, realizando la entrega oportuna de productos, evidencias e informes en las matrices correspondientes a la EAPB, en cumplimiento del acuerdo y los lineamientos institucionales. |

### 3. ELEMENTOS DE ORDEN JURÍDICO

Acreditación seguridad social para pago actual

| TIPO DE APOORTE | PLANILLA NO. | FECHA DE PAGO | PERIODO COTIZADO |
|-----------------|--------------|---------------|------------------|
| Tipo I          | 49062306     | 09/02/2026    | 2026-01          |
| Tipo I          | 66170115     | 10/03/2026    | 2026-02          |

### 4. ELEMENTOS DE ORDEN FINANCIERO

Los pagos efectuados corresponden a la ejecución del contrato, como se detalla a continuación

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b> | <b>\$4.712.280</b> |
|---------------------------------|--------------------|

|                                                                                  |                                                                                              |                                                                                    |         |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|
|  | <b>CENTRO DE SALUD FUNES</b><br><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>NIT.: 900128655-1</b> |  | Código: | FOSBD |
|                                                                                  |                                                                                              |                                                                                    |         | COD.  |
| <b>INFORME DE SUPERVISION</b>                                                    |                                                                                              |                                                                                    | 202     | 09.03 |
|                                                                                  |                                                                                              | PAG. 1 DE 5                                                                        |         |       |

|                                                                  |             |
|------------------------------------------------------------------|-------------|
| VALOR A PAGAR CON EL PRESENTE INFORME                            | \$1.570.760 |
| SALDO POR EJECUTAR (Valor total del contrato – el valor a pagar) | \$1.570.760 |

Descripción de Pagos del contrato

| DETALLE                  | DEBE        | HABER       | SALDO       |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|
| VALOR DEL CONTRATO       | \$4.712.280 |             |             |
| VALOR PAGADO ENERO       |             | \$1.570.760 | \$3.141.520 |
| VALOR A PAGAR EN FEBRERO |             | \$1.570.760 | \$1.570.760 |

##### 5. OBSERVACIONES

|                                           |
|-------------------------------------------|
| DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIONES AL CONTRATO: |
| NINGUNA                                   |

En constancia se expide en el Municipio de Funes (Nariño), a los diez (10) días del mes de marzo del año dos mil veintiséis (2026).

Cordialmente,

  
**ANDREA MAYERLIN CANCHALA BASTIDAS**  
Subgerente Administrativo Y Financiero.