

 Red de Salud del Oriente Empresa Social del Estado E.S.E Municipio de Santiago de Cali NIT. 805.027.337-4	FORMATO INFORME SUPERVISIÓN	CÓDIGO: GJ-Cb-FR-009
		VERSIÓN:002
		FECHA:2025/09/08

1. DATOS GENERALES				
INFORME PARCIAL ☒		INFORME FINAL ☐		
Cuota Número 1				
1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME		Fecha (DD-MM-AAAA): 02-02-2026	A	Fecha (DD-MM-AAAA): 26-03-2026
1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?			SI	No
1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN			88.97%	
2. DATOS DEL SUPERVISOR				
2.1 NOMBRE DEL SUPERVISOR		ING.ALEJANDRO RAMIREZ GONZALEZ		
2.2 PROCESO O ÁREA		ALEJANDRO RAMIREZ GONZALEZ		
2.3 CARGO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO		
3. DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO				
3.1 NUMERO DE CONTRATO		100.23.21.20260003		
3.2 FECHA DE CONTRATO (DD/MM/AAA)		29/01/2026		
3.3 CONTRATISTA		NUESTRO ALIADO OUTSOURCING S.A.S,		
3.4 CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT		900.969.814-2		
3.5 DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		202600053		
3.6 REGISTRO PRESUPUESTAL		202600075		
3.7 VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 75.000.000		
3.8 PLAZO		Hasta 31/03/2026		
3.9 FECHA ACTA DE INICIO (DD/MM/AAA)		02/02/2026		
3.10 FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO (DD/MM/AAA)		31/03/2026		
3.11 MODIFICACION (ES) AL CONTRATO				
3.12 SUSPENSIÓN		N/A		
3.13 REANUDACIÓN		N/A		
3.14 CESIÓN		N/A		
3.15 TERMINACIÓN ANTICIPADA		N/A		
3.16 ADICION		N/A		
3.17 PRORROGA		N/A		

 Red de Salud del Oriente Empresa Social del Estado E.S.E. Municipio de Santiago de Cali NIT. 805.027.337-4	FORMATO INFORME SUPERVISIÓN	CÓDIGO: GJ-Cb-FR-009
		VERSIÓN:002
		FECHA:2025/09/08

3.18 OBJETO:

SUMINISTRO DE MATERIALES DE FERRETERÍA, CONSTRUCCION, HIDROSANITARIOS, ELECTRICOS, PINTURA, HERRAMIENTAS Y REPUESTOS ESPECIALES POR DEMANDA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL LAS IPS QUE HACEN PARTE DE LA RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

4. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

4.1 Cumplimiento del Objeto:

EL CONTRATISTA EJECUTO SATISFACTORIAMENTE EL OBJETO DEL CONTRATO DURANTE ESTE PERIODO:

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. FE 190 DEL 26 DE MARZO DE 2026

4.2 Grado de Cumplimiento de las obligaciones (marque con una X)

Deficiente		A mejorar		Satisfactorio	X	Sobresaliente		No Aplica	
------------	--	-----------	--	---------------	---	---------------	--	-----------	--

INFORME DE SUPERVISIÓN

5. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES (Si aplica):

ITEM	PERIODO DE PAGO AÑO – MES	FECHA DE PAGO AÑO – MES – DÍA	VALOR
PENSIÓN	2026-febrero	2026-03-05	\$701.000
SALUD	2026-Marzo	2026-03-05	\$ 140.400
RIESGOS PROFESIONALES	2026-febrero	2026-03-05	\$ 61.200
PARAFISCALES	2026-febrero	2026-03-05	
NUMERO DE PLANILLA	9501108469	2026-03-05	

 Red de Salud del Oriente Empresa Social del Estado E.S.E Municipio de Santiago de Cali NIT. 805.027.337-4	FORMATO INFORME SUPERVISIÓN	CÓDIGO: GJ-Cb-FR-009
		VERSIÓN:002
		FECHA:2025/09/08

6. AVANCE FINANCIERO		
ITEM	VALOR	FECHA (AÑO – MES – DÍA)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 75.000.000	2026-01-29
CUOTAS ANTERIORES		
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	\$ 66.728.093	2026-03-26
VALOR EJECUTADO	\$ 66.728.093	2026-03-26
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	\$ 8.271.907	2026-03-26

7. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO (Si Aplica)

¿Existe Plan de Mejoramiento? Si: ____ No: x (En caso afirmativo indique el nivel de cumplimiento):

8. INFORME DE EJECUCIÓN

¿ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES? SI ☐ NO ☒

¿ENTREGO SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES? SI ☐ NO ☒

SOPORTE FISICO ☐ CD/DVD ☐ USB ☐ OTRO ☐ N/A ☒

OBSERVACIONES:

9. APROBACION DE PÁGO Y/O OBSERVACIONES RELEVANTES DEL SUPERVISOR

9.1 ¿Procede pago en este periodo? Si X No: ____

11. FIRMA Y FECHA DE SUPERVISION


ING. ALEJANDRO RAMIREZ
 Nombre y firma del Supervisor

Marzo 31 de 2026
 Fecha de elaboración