INFORME DE SUPERVISIÓN FINAL

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.8329232 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2025
CONTRATO GUANE	2025 00002707
CONTRATISTA:	ESE HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
Nit O C.C. No.:	800064543
OBJETO:	FORTALECER LAS ACCIONES COLECTIVAS DE PREVENCION Y CONTROL DE LAS ETV Y VACUNACION PARA FIEBRE AMARILLA ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACION DE LA TECNOLOGIA EN SALUD DE PREVENCION MANEJO Y CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) Y ZOONOSIS EN SANTANDER

VALOR INICIAL:	$101,115,000.00
VALOR ADICIONAL:	N/A
VALOR TOTAL:	$101,115,000.00

ANTICIPO INICIAL:	N/A
ANTICIPO ADICIONAL:	N/A
ANTICIPO TOTAL:	N/A

AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	N/A
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	N/A
AMORTIZACION TOTAL:	N/A
PLAZO INICIAL:	TRES (3) MESES
PLAZO ADICIONAL:	N/A
PLAZO TOTAL:	3 MESES

SUPERVISOR:	DIANA MIREYA CUADROS PICON
Acto Administrativo de Supervisión:	14 DE NOVIEMBRE DE 2025

NTERVENTOR:	N/A
No. Contrato del Interventor:	N/A
FECHA DE INICIACIÓN:	22/09/2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	21/12/2025

SOLO PARA CONVENIOS	
APORTE ENTIDAD (GOBERNACION):	N/A
APORTE OTRAS ENTIDADES:	N/A
VALOR TOTAL CONVENIO:	N/A

ACTAS DE SUSPENSIÓN: NO APLICA			
No.		Fecha:	

ACTAS DE REINICIO: NO APLICA			
No.		Fecha:	

PRORROGAS: NO APLICA

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	NO APLICA

OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

VALOR A PAGAR:	$ 28,890,000.00	No. DE COBROS REALIZADOS:	3	DE	3

PERÍODO DE PAGO:	DESDE:	22/11/2025	HASTA:	21/12/2025

No. del RP:	25007306
Fuente del RP:	SGP-SALUD PÚBLICA COLECTIVA-REC.BCE.

INFORME DE SUPERVISIÓN N° 03

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.8329232 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2025
CONTRATO GUANE	2025 00002707
CONTRATISTA:	ESE HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES
Nit O C.C. No.:	800064543
OBJETO:	FORTALECER LAS ACCIONES COLECTIVAS DE PREVENCION Y CONTROL DE LAS ETV Y VACUNACION PARA FIEBRE AMARILLA ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACION DE LA TECNOLOGIA EN SALUD DE PREVENCION MANEJO Y CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) Y ZOONOSIS EN SANTANDER

VALOR INICIAL:	$101,115,000.00
VALOR ADICIONAL:	N/A
VALOR TOTAL:	$101,115,000.00

ANTICIPO INICIAL:	N/A
ANTICIPO ADICIONAL:	N/A
ANTICIPO TOTAL:	N/A

AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	N/A
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	N/A
AMORTIZACION TOTAL:	N/A
PLAZO INICIAL:	TRES (3) MESES
PLAZO ADICIONAL:	N/A
PLAZO TOTAL:	3 MESES

SUPERVISOR:	DIANA MIREYA CUADROS PICON
Acto Administrativo de Supervisión:	14 DE NOVIEMBRE DE 2025

NTERVENTOR:	N/A
No. Contrato del Interventor:	N/A
FECHA DE INICIACIÓN:	22/09/2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	21/12/2025

SOLO PARA CONVENIOS	
APORTE ENTIDAD (GOBERNACION):	N/A
APORTE OTRAS ENTIDADES:	N/A
VALOR TOTAL CONVENIO:	N/A

ACTAS DE SUSPENSIÓN: NO APLICA			
No.		Fecha:	

ACTAS DE REINICIO: NO APLICA			
No.		Fecha:	

PRORROGAS: NO APLICA

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	NO APLICA

OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

VALOR A PAGAR:	$ 28,890,000.00	No. DE COBROS REALIZADOS:	3	DE	3

PERÍODO DE PAGO:	DESDE:	22/11/2025	HASTA:	21/12/2025

No. del RP:	25007306
Fuente del RP:	SGP-SALUD PÚBLICA COLECTIVA-REC.BCE.

Con base en los informes presentados por ESE HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES, respecto a las actividades ejecutadas y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte del Departamento de Santander, en calidad de Supervisor, certificó que fueron revisados los informes de actividades del Contratista, los adjuntos presentados con relación al desarrollo y la ejecución de las actividades contractuales. Ver anexos a este informe como soporte de la ejecución contractual y de la revisión realizada por esta Supervisión. (no aplica para contratos de Prestación de Servicios ejecutados por personas naturales).

Así mismo, certificó que fue verificado el cumplimiento de las obligaciones en cuanto al pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales documentados por el Contratista, he hice validación de las planillas y demás soportes que se encuentran cargados en el Secop.

Por lo anterior, se autoriza el pago de la presente acta y se deja constancia que la información aquí suministrada fue verificada, es veraz y cumple con los parámetros establecidos en el Contrato y fue publicada en el SECOP.

Se firma para trámite de pago, a los veinte (20) días del mes de Abril de 2026

Firma:_____
Nombre: DIANA MIREYA CUADROS PICON
SUPERVISOR DEL CONTRATO.