

TÍTULO DE DOCUMENTO		PROYECTO QUE LO GENERA									
FORMATO		GESTIÓN DE CONTRATACIÓN									
NOMBRE		CODIGO Y VERSION									
INFORME DE SUPERVISIÓN PERSONA NATURAL		FO-CY-317-VS									
FECHA DE VERSIÓN		26/08/2025									
<b>I. DATOS DEL INFORME</b>											
PERIODO DEL INFORME	AÑO	AREA	No. CONTRATO-AÑO								
ABRIL	2026	ASISTENCIAL	051-2026								
		ENFERMERIA									
			NOMBRE DEL CONTRATISTA								
			KAROL DAYANNA ROMERO MUÑOZ								
			No IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA								
			CC 1.074.133.783								
<b>II. DATOS DEL SUPERVISOR</b>											
SUBGERENCIA	NOMBRE DEL SUPERVISOR		MODALIDAD DE SELECCIÓN								
SUBGERENCIA CIENTIFICA DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	NELCY MARGOTH ORTIZ OLGUIN		DIRECTA								
<p>Los contratos que celebre la Empresa Social del Estado Hospital SAN RAFAEL DE CAQUEZA, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993, artículo 195, se sujetarán a las normas del derecho privado, a excepción de que tras el Estatuto de Contratación de la empresa privada en el Acuerdo 007 de 2014 modificado por el Acuerdo No. 016 de 2017 en los artículos 33, 43 y 50, modificado a su vez por el Acuerdo 026 de 2024 por medio del cual se modifica y adiciona el estatuto de contratación en los artículos 33, 34, 35 y discriminatoriamente podrán incluir las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, contenida en la ley 1150 de 2007, y demás normas que las modifiquen, adicionen o reformen.</p>											
<b>III. ASPECTO ADMINISTRATIVO: DATOS DEL CONTRATO</b>											
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA											
IDENTIFICACIÓN DEL RUBRO PRESUPUESTAL	NOMBRE DEL RUBRO PRESUPUESTAL	VIGENCIA	No. CDP								
24502099310101	SERVICIOS TECNICOS ASISTENCIALES H. SEDE	2026	39								
FECHA DEL CDP	VALOR DEL CDP (\$)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN								
1/01/2026	\$ 25.000.000,00	01/01/2026	30/09/2026								
TIPO DE CONTRATO	VALOR DEL CONTRATO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	TIEMPO DE EJECUCIÓN								
PRESTACION DE SERVICIOS	\$ 25.000.000,00	01 DE ENERO DE 2026	NUEVE (9) MESES								
<b>IV. DATOS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>											
<b>POLIZAS</b>											
NOMBRE DE LOS AMPAROS	%	SUMA ASEGURADA	ANEXO	NUMERO DE LA POLIZA	ASEGURADO RA	VIGENCIA		FECHA EXPEDICION POLIZA	Nº DEL REGISTRO PRESUPUESTAL	FECHA DEL REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR DEL REGISTRO PRESUPUESTAL
						DESDE	HASTA				
CUMPLIMIENTO	10%	\$ 2.500.000,00	0	11-46-101093401	ASEGURADO RA SEGUROS DEL ESTADO	1/01/2026	1/02/2027	1/01/2026	42	1/01/2026	\$ 25.000.000,00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND											
CALIDAD DEL SERVICIO		\$									
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	20%	\$ 5.000.000,00	0	11-54-101008655		1/01/2026	1/02/2027	1/01/2026			
<b>MODIFICACIONES AL CONTRATO</b>											
MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	SUSPENSIÓN	FECHA DE LA MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	TIEMPO DE SUSPENSIÓN	TIEMPO DE PRORROGA	VALOR DE LA ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN CONTRACTUAL					
NOMBRE DEL CEDENTE						IDENTIFICACION			VALOR		
NOMBRE DEL CESIONARIO						IDENTIFICACION			VALOR		
Cuando se realice una cesión, se debe indicar en los espacios destinados a tal fin, la información relacionada con la póliza y el registro presupuestal, la información de este formato debe incluir la totalidad de la información del contrato											
TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN ANTICIPADA	FECHA DE TERMINACIÓN	ACTA DE TERMINACIÓN	FECHA DEL ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN								
TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN	SI	NO	FECHA DEL ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN								
CONTRATO	051-2026										
<b>III. SEGUIMIENTO: INFORMACIÓN FINANCIERA Y CONTABLE</b>											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO										\$ 25.000.000	
<b>INFORME CONSOLIDADO DE EJECUCIÓN</b>											
FECHA DE LA CUENTA DE COBRO O FACTURA	No. CUENTA DE COBRO O FACTURA	VALOR CUENTA DE COBRO	VALOR PAGADO	COMPROBANTE DE EGRESO	Cuentas de cobro o factura		VALOR FACTURA	PRESUPUESTO	Valor (\$)	PORCENTAJE EJECUTADO	
					SI	NO					
ENERO	1	\$ 3.067.200,00	\$ 3.039.595	41894	X						
FEBRERO	2	\$ 2.556.000,00	\$ 2.532.965	42367	X			PRESUPUESTO INICIAL	\$ 25.000.000		
MARZO	3	\$ 2.982.000,00	\$ 2.955.162	43245	X						
ABRIL	4	\$ 2.726.400,00				X	\$ 2.726.400,00	ADICION No. 1	\$		
								ADICION No. 2			
								VALOR TOTAL	\$ 25.000.000	45,3%	
								VALOR A PAGAR	\$ 2.726.400		
								PRESUPUESTO EJECUTADO	\$ 11.331.600,00		
TOTALES		\$ 11.331.600,00	\$ 8.527.723,00				\$ 2.726.400,00				
PORCENTAJE Y VALOR SIN EJECUTAR									\$ 13.668.400	55%	





FORMATO	GESTION DE CONTRATACION	
INFORME DE SUPERVISION PERSONA NATURAL	FO-CT-317-V5	FECHA DE VERSION 26/08/2025

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SUSCRIPCION DEL INFORME		
PROYECTADO POR APOYO A LA SUPERVISION	REVISADO POR:	APROBADO POR:
NOMBRE: ANGELICA MARIA AGUILERA HENAO	NOMBRE: NELCY MARGOTH ORTIZ OLGUIN	NOMBRE: NELCY MARGOTH ORTIZ OLGUIN
CARGO: APOYO ADMINISTRATIVO	CARGO: LIDER ENFERMERIA	CARGO: LIDER ENFERMERIA
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:

Sede Principal Calle 5 E 5-00 Cobagua - M. Guatemala, Teléfono: 601748318  
 Email: cuf66a@hospitalquetzaltenango.gov.gt www.ashospitalquetzaltenango.gov.gt