E.S.E CENTRO DE SALUD CUCUNUBÁ		
MACROPROCESOS DE APOYO		
PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
SUBPROCESO DE CONTRATACIÓN		
FORMATO DE INFORME DE SUPERVISION PERSONA NATURAL		
Codigo: CT-F0124	**Versión:** V03-2025	**Página:** 1 de 1

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CUCUNUBÁ CUNDINAMARCA

INFORME DE SUPERVISION

Informe Parcial	X	**Informe Final**		**Contrato No**	148-2025

Periodo del Informe:	Del 21 de noviembre de 2025 al 30 de noviembre de 2025
Fecha en la que se rinde el informe:	Sunday, December 28, 2025

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	LAURA CRISTINA QUIMBAY QUINTERO			
NIT / C.C.	CC No. 1.071.608.563 de Cucunubá			
Nombre del Supervisor	CAMILO ALEXANDER ROJAS SUAREZ			
Cargo	Subgerente			
Objeto del Contrato o Convenio:	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA ESE CENTRO SALUD CUCUNUBA"**			
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio	21 DE NOVIEMBRE DE 2025			
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	21	11	2025	
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	245	14	11	2025
Registro Presupuestal	426	21	11	2025
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$ 4,000,000			
Adición	$ 0			
Valor Total del Contrato	$ 4,000,000			
Plazo de Ejecución Inicial	HASTA EL 30 DE DICIEMBRE			
Prorroga No. 01	N/A			
Plazo de Ejecución Final	N/A			
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	30	12	2025	
Suspensión (según aplique)	N/A			
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	N/A			
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	N/A			
Cesión / Terminación Anticipada	N/A			
Aseguradora	N/A			
Garantía de Cumplimiento	N/A			
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A			

2. DESCRIPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

De conformidad con el objeto contractual, se evidencia que el contratista de acuerdo al informe de actividades a cumplido en un 50% respecto a las actividades. Realizó traslado de medicamentos de la farmacia al consultorio de procedimientos menores para mantener el stock requerido en las atenciones iniciales que se prestan en la ESE. Apoyó la realización del inventarios de las ambulancias de la ESE des puesta de los traslados. Apoyó la verificación de los estados de afiliación y centros de atención de cada paciente.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O

NUMERO DEL COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA	VALOR
		$ -
		$ -
		$ -

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

N.A

5. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACION (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACION)

N.A

6. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

No hay

SUPERVISOR / A

FIRMA	
NOMBRE	**CAMILO ALEXANDER ROJAS SUAREZ**
CARGO	**SUBGERENTE**

E.S.E CENTRO DE SALUD CUCUNUBÁ		
MACROPROCESOS DE APOYO		
PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
SUBPROCESO DE CONTRATACIÓN		
FORMATO DE RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS		
Codigo: CT-F509	Versión: V01-2025	Página: 1 de 1

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CUCUNUBÁ CUNDINAMARCA

Informe Parcial	X	Informe Final	

Periodo a certificar del informe	Del 21 de noviembre de 2025 al 30 de noviembre de 2025

El suscrito Supervisor / a certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece la normatividad vigente.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	28	12	2025		21	11	2025		30	12	2025

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
148	X		LAURA CRISTINA QUIMBAY QUINTERO	CC No. 1.071.608.563 de Cucunubá
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
N.A.	3227180117		Vereda El Rhur Cucunubá - Cundinamarca	quimbaylaura24@gmail.com

OBJETO	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA ESE CENTRO SALUD CUCUNUBA"
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	La ESE CENTRO DE SALUD DE CUCUNUBA, Realizará dos pagos acordes a las actividades certificadas del presente contrato por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 2.000.000,00) previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutados en el periodo establecido; con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución y previa verificación y certificación del SUPERVISOR. PARAGRAFO 1°. La certificación del Supervisor debe especificar el cumplimiento del objeto y el monto a cancelar. Discriminando resumen ejecutivo de los servicios prestados y reconocidos. Por ello, se realizará los pagos, previa verificación y certificación del SUPERVISOR, como único responsable de la Ejecución del Contrato. Valor que incluye retenciones, impuestos, tasas, contribuciones y descuentos de ley, y todo costo directo e indirecto que la ejecución contractual conlleve y la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud-Pensión-Riesgos Laborales y la presentación de la respectiva factura y/o cuenta de cobro; de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y articulo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 1273 de 2018. PARÁGRAFO 2°. El supervisor que no verifique el pago al sistema de seguridad social integral y aportes parafiscales incurrirá en causal de mala conducta y estará sujeto a las sanciones establecidas en el Código Único Disciplinario (Ley 1952 de 2019). PARÁGRAFO 3°. El término del pago sólo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. PARÁGRAFO 4°: El pago estará sujeto al flujo de la caja de la entidad. PARÁGRAFO 5° El último pago del presente contrato está sujeto a certificación por parte del contratista y del supervisor del cumplimiento del aporte del 40% del IBC del contrato en seguridad social de conformidad con la normatividad vigente del contrato; y la suscripción del acta de entrega y recibo final de cumplimiento del objeto contractual debidamente Firmada por las partes.

NUMERO DE RUBRO	245020910	NOMBRE DEL RUBRO	Convenio Municipio 145-2025
ENTIDAD BANCARIA		DAVIVIENDA	
CUENTA N°		DAVIVIENDA 0550488437647867	AHORROS

AFECTACION PRESUPUESTAL	VALOR	NUMERO DE PAGOS	VALOR
VALOR REGISTRO PRESUPUESTAL	$ 4,000,000	PRIMERO	$ 2,000,000
		SEGUNDO	$ 0
		TERCERO	$ 0
		CUARTO	$ 0
		QUINTO	$ 0
		SEXTO	$ 0
		SEPTIMO	$ 0
		OCTAVO	$ 0
		NOVENO	$ 0
		DECIMO	$ 0
ADICION	$ 0	ONCEAVO	$ 0
		DOCEAVO	$ 0
		TOTAL DE PAGOS	$ 2,000,000
		SALDO POR EJECUTAR	$ 2,000,000
TOTAL	$ 4,000,000	VALOR TOTAL	$ 4,000,000
PORCENTAJE DE EJECUCION DEL CONTRATO			50%

CERTIFICADO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE R.P
14	11	2025	245

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE R.P
21	11	2025	426

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
27	11	2025	35331517
11	12	2025	35694401

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X
	NO	

PERIODO A CERTIFICAR	DEL			AL		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	21	11	2025	30	11	2025

OBSERVACIONES (si se requiere)	Ninguna

SUPERVISOR	
NOMBRE:	CAMILO ALEXANDER ROJAS SUAREZ
CARGO:	SUBGERENTE
FIRMA:	