

|                                                                                  |                                                                                              |                                                                                    |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  | <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<br>202 09.03<br>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. 2026000297-115</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |      |       |       |           |   |                     |             |                                   |   |                    |             |                                   |   |                     |             |                                   |
|--------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------|-------|-------|-----------|---|---------------------|-------------|-----------------------------------|---|--------------------|-------------|-----------------------------------|---|---------------------|-------------|-----------------------------------|
| <b>CONTRATANTE</b>                   |                     | <b>CENTRO DE SALUD FUNES ESE</b><br>NIT 900.128.655-1<br>ADRIANA BRAVO MORENO<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>                         |                     | CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL MDA/CTE (\$5.250.000)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |      |       |       |           |   |                     |             |                                   |   |                    |             |                                   |   |                     |             |                                   |
| <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>                 |                     | <p>El centro De Salud Funes ESE, pagará al contratista , la suma convenida como se detalla a continuación:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ítem</th> <th>Fecha</th> <th>Valor</th> <th>Requisito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>30 de abril de 2026</td> <td>\$1.750.000</td> <td>Pago de seguridad social integral</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>31 de mayo de 2026</td> <td>\$1.750.000</td> <td>Pago de seguridad social integral</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>30 de junio de 2026</td> <td>\$1.750.000</td> <td>Pago de seguridad social integral</td> </tr> </tbody> </table> <p>PARAGRAFO PRIMERO: 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.</p> <p>PARAGRAFO SEGUNDO: 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.).</p> |                                   | Ítem | Fecha | Valor | Requisito | 1 | 30 de abril de 2026 | \$1.750.000 | Pago de seguridad social integral | 2 | 31 de mayo de 2026 | \$1.750.000 | Pago de seguridad social integral | 3 | 30 de junio de 2026 | \$1.750.000 | Pago de seguridad social integral |
| Ítem                                 | Fecha               | Valor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Requisito                         |      |       |       |           |   |                     |             |                                   |   |                    |             |                                   |   |                     |             |                                   |
| 1                                    | 30 de abril de 2026 | \$1.750.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Pago de seguridad social integral |      |       |       |           |   |                     |             |                                   |   |                    |             |                                   |   |                     |             |                                   |
| 2                                    | 31 de mayo de 2026  | \$1.750.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Pago de seguridad social integral |      |       |       |           |   |                     |             |                                   |   |                    |             |                                   |   |                     |             |                                   |
| 3                                    | 30 de junio de 2026 | \$1.750.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Pago de seguridad social integral |      |       |       |           |   |                     |             |                                   |   |                    |             |                                   |   |                     |             |                                   |
| <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:

|                                                                                  |                                                                                              |  |                                                                                    |                    |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|
|  | <b>CENTRO DE SALUD FUNES</b><br><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>NIT.: 900128655-1</b> |  |  | <b>Código:</b>     | <b>FOSBD</b> |
|                                                                                  | <b>INFORME DE SUPERVISION</b>                                                                |  |                                                                                    | <b>COD.</b>        | <b>SERIE</b> |
|                                                                                  |                                                                                              |  |                                                                                    | <b>202</b>         | <b>09.03</b> |
|                                                                                  |                                                                                              |  |                                                                                    | <b>PAG. 1 DE 2</b> |              |

| No | OBLIGACION ESPECIFICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PRESE<br>NTA | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | El CONTRATISTA deberá cumplir todas las actividades del presente contrato 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. REPORTE NOMINAL DE<br/>CANCER DE CERVIX<br/>MALLAMAS.</li> <li>2. REPORTE NOMINAL<br/>MAMOGRAFIA MALLAMAS Y<br/>EMSSANAR.</li> </ul> |



CENTRO DE SALUD FUNES  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT.: 900128655-1

INFORME DE SUPERVISION



|             |       |
|-------------|-------|
| Código:     | FOSBD |
| COD.        | SERIE |
| 202         | 09.03 |
| PAG. 1 DE 3 |       |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    | <ul style="list-style-type: none"><li>3. REPORTE DE NOMINAL MATERNIDAD EMSSANAR Y MALLAMAS</li><li>4. REPORTE DE NOMINAL DE ANTICONCEPCION EMSSANAR Y MALLAMAS</li><li>5. REPORTE DE NOMINAL PRECONCEPCIONAL EMSSANAR Y MALLAMAS</li><li>6. REPORTE DE NOMINAL DE VIH EMSSANAR Y MALLAMAS</li><li>7. REPORTE DE NOMINAL DE IVE EMSSANAR Y MALLAMAS</li><li>8. REPORTE DE PRUEBAS DE EMBARAZO EMSSANAR Y MALLAMAS SEMANAL</li><li>9. REPORTE DE MORBILIDAD MATERNA EMSSANAR Y MALLAMAS SEMANAL</li><li>10. REPORTE SEMANAL DE PLANIFICACION A EMSSANAR</li></ul> |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI | La contratista ejecutó y brindo apoyo al sistema de información en el programa de EPOC, garantizando el adecuado registro,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                  |                                                                                              |                                                                                    |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|  | <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 4   |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | enfermería en el programa de EPOC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | 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          | 82213237     | 11/05/2026    | 2026-04          |
| Tipo I          | 89126677     | 03/06/2026    | 2026-05          |
| Tipo I          | 92967118     | 25/06/2026    | 2026-06          |

### 4. ELEMENTOS DE ORDEN FINANCIERO

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

|                                                                                  |                                                                                              |                                                                                    |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  | <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<br>202 09.03<br>PAG. 1 DE 5 |

|                                                                  |             |
|------------------------------------------------------------------|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                         | \$5.250.000 |
| VALOR A PAGAR CON EL PRESENTE INFORME                            | \$1.750.000 |
| SALDO POR EJECUTAR (Valor total del contrato – el valor a pagar) | \$0         |

Descripción de Pagos del contrato

| DETALLE             | DEBE        | HABER       | SALDO       |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| VALOR DEL CONTRATO  | \$5.250.000 |             |             |
| VALOR PAGADO ABRIL  |             | \$1.750.000 | \$3.500.000 |
| VALOR PAGADO MAYO   |             | \$1.750.000 | \$1.750.000 |
| VALOR A PAGAR JUNIO |             | \$1.750.000 | \$0         |

##### 5. OBSERVACIONES

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

En constancia se expide en el Municipio de Funes (Nariño), a los treinta (30) días del mes de junio del año dos mil veintiséis (2026).

Cordialmente,



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