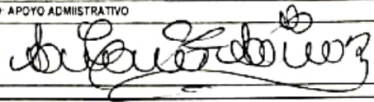
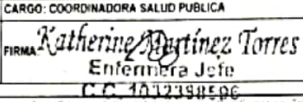
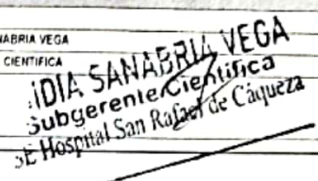


TPO DE DOCUMENTO		PROCED QUE LO GENERA	
FORMATO		GESTION DE CONTRATACION	
NOMBRE		CODIGO Y VERSION	
INFORME DE SUPERVISION PERSONA NATURAL		FO.CT. 317 VS	
		FECHA DE VERSION	
		24/08/2025	
I. DATOS DEL INFORME			
PERIODO DEL INFORME	AÑO	AREA	No. CONTRATO-AÑO
JUNIO	2026	ASISTENCIAL	714 de 2026
		ENFERMERIA	
		NOMBRE DEL CONTRATISTA	
		NORMA LUIS TH ZAMBRANO CAMPO	
		No. IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA	
		132725477	
II. DATOS DEL SUPERVISOR			
SUBGERENCIA	NOMBRE DEL SUPERVISOR		MODALIDAD DE SELECCION
SUBGERENCIA CIENTIFICA	ZENIDIA SANABRIA VEGA		DIRECTA
III. ASPECTOS JURIDICOS			
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 155, se sujetaran a las normas del derecho privado, a aquellas de que trata el Estatuto de Contratacion de la empresa previsto en el Acuerdo 007 de 2014 modificado por el Acuerdo Nro. 010 de 2017 en los articulos 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 contratacion en los articulos 39, 34, 35 y discrecionalmente podran incluir las clausulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratacion de la Administracion Publica, contenida en la ley 1150 de 2007, y demas normas que las modifican, adicionan o reforman			
II. ASPECTO ADMINISTRATIVO: DATOS DEL CONTRATO			
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA PARA LA CONFORMACION DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD SEGUN LA RESOLUCION 1010 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD PARA EL MINISTERIO DE CAQUEZA, AL SERVICIO DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA		
IDENTIFICACION DEL RUBRO PRESUPUESTAL	NOMBRE DEL RUBRO PRESUPUESTAL	VIGENCIA	No. CDP
24502099310104	CAQUEZA TALENTO HUMANO ERS	2026	789
FECHA DEL CDP	VALOR DEL CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
21/01/2026	\$ 32.000.000	25/02/2026	31/07/2026
TIPO DE CONTRATO	VALOR DEL CONTRATO	FECHA DE SUSCRIPCION	TIEMPO DE EJECUCION
PRESTACION DE SERVICIOS	\$ 32.000.000,00	24/02/2026	CINCO (05) MESES
DATOS DE EJECUCION DEL CONTRATO			
POLIZAS			
NOMBRE DE LOS AMPAROS	%	SUMA ASEGURADA	ANEXO
CUMPLIMIENTO	10%	\$ 3.200.000	310 - 47 - 994000020906
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INO			
CALIDAD DEL SERVICIO			
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	20%	\$ 6.400.000	310 - 74 - 994000007464
MODIFICACIONES AL CONTRATO			
MODIFICACION CONTRACTUAL	SUSPENSION	FECHA DE LA MODIFICACION CONTRACTUAL	TIEMPO DE SUSPENSION
NOMBRE DEL CEDENTE	IDENTIFICACION		
NOMBRE DEL CESIONARIO	IDENTIFICACION		
VALOR		\$	
Cuando se realice una cesion, se debe indicar en los espacios destinados a tal fin, la informacion relacionada con la póliza y el registro presupuestal, la informacion de este formato debe incluir la totalidad de la informacion del contrato			
TERMINACION Y LIQUIDACION ANTICIPADA	FECHA DE TERMINACION	ACTA DE TERMINACION	FECHA DEL ACTA DE TERMINACION ANTICIPADA
TERMINACION Y LIQUIDACION		SI NO	FECHA DEL ACTA DE TERMINACION Y LIQUIDACION
CONTRATO	714 del 2026		
II. SEGUIMIENTO: INFORMACION FINANCIERA Y CONTABLE			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO			
\$ 32.000.000			
INFORME CONSOLIDADO DE EJECUCION			
FECHA DE LA CUENTA DE COBRO O FACTURA	No. CUENTA DE COBRO O FACTURA	VALOR CUENTA DE COBRO	VALOR PAGADO
ENERO	1	\$ 8.000.000	
FEBRERO	2	\$ 6.000.000	
MARZO	3	\$ 6.000.000	
ABRIL	4	\$ 6.000.000	
MAYO	5	\$ 6.000.000	
JUNIO		\$ -	
		\$ -	
		\$ -	
		\$ -	
		\$ -	
TOTALES		\$ 32.000.000,00	\$ -
DESEMBOLOSO A REALIZAR			
VALOR FACTURA			
PRESUPUESTO			
Valor (\$)			
PORCENTAJE EJECUTADO			
100%			
PRESUPUESTO INICIAL			
\$ 32.000.000			
ADICION No. 1			
\$ -			
ADICION No. 2			
\$ -			
VALOR TOTAL			
\$ 32.000.000			
VALOR A PAGAR			
\$ 6.000.000			
PRESUPUESTO EJECUTADO			
\$ 32.000.000			
PORCENTAJE Y VALOR SIN EJECUTAR			
\$ 0			
0%			

TIPO DE DOCUMENTO		PROCESO QUE LO GENERA				
FORMATO		GESTION DE CONTRATACION				
NOMBRE		CODIGO Y VERSION	FECHA DE VERSION			
INFORME DE SUPERVISION PERSONA NATURAL		FO-CT-317-V5	24/09/2023			
SE MATERIALIZO ALGUNO DE LOS RIESGOS PREVISIBLES CONTRACTUALES? <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>X</td> </tr> </table>				SI	NO	X
SI	NO	X				
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
SUSCRIPCION DEL INFORME						
PROYECTADO POR APOYO A LA SUPERVISION	REVISADO POR:	APROBADO POR				
NOMBRE: DIANA LIZETH DIAZ ROMERO	NOMBRE: INGRID KATHERINE MARTINEZ	NOMBRE: ZENIDIA SANABRIA VEGA				
CARGO: APOYO ADMINISTRATIVO	CARGO: COORDINADORA SALUD PUBLICA	CARGO: SUBGERENTE CIENTIFICA				
FIRMA: 	FIRMA:  Katherine Martinez Torres Enfermera Jefe C.C. 30.123.985.96	FIRMA:  IDIA SANABRIA VEGA Subgerente Cientifica de Hospital San Rafael de Cúcuta				
Sede Principal: Calle 100 No. 100 - Cúcuta, Colombia. Teléfono: 6017429110 E-mail: cudadegh@guajara.gov.co www.eshospitalacucuta.gov.co						