1. DATOS GENERALES

INFORME PARCIAL ☐ INFORME FINAL [X]

Cuota Número 1

1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	Fecha (DD-MM-AAAA): **07-04-2026**	**A**	Fecha (DD-MM-AAAA): **08-06-2026**	
1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?	**SI**		**No**	x
1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**100%**			

2. DATOS DEL SUPERVISOR

2.1 NOMBRE DEL SUPERVISOR	ING.ALEJANDRO RAMIREZ GONZALEZ
2.2 PROCESO O ÁREA	GESTIÓN INFRAESTRUCTURA
2.3 CARGO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO

3. DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO

3.1 NUMERO DE CONTRATO	100.23.05.20260008
3.2 FECHA DE CONTRATO (DD/MM/AAA)	03/04/2026
3.3 CONTRATISTA	HEALTHCARE NETWORK S.A.S
3.4 CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT	900.508.464-0
3.5 DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	202600157
3.6 REGISTRO PRESUPUESTAL	202600199
3.7 VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 86.342.949
3.8 PLAZO	Hasta 08-06-2026
3.9 FECHA ACTA DE INICIO (DD/MM/AAA)	07-04-2026
3.10 FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO (DD/MM/AAA)	08-06-2026
3.11 MODIFICACION (ES) AL CONTRATO	
3.12 SUSPENSIÓN	N/A
3.13 REANUDACIÓN	N/A
3.14 CESIÓN	N/A
3.15 TERMINACIÓN ANTICIPADA	N/A
3.16 ADICION	N/A
3.17 PRORROGA	N/A

3.18 OBJETO:

SUMINISTRO E INSTALACION DE EQUIPOS DE AIRE ACONDICIONADOS PARA CONSULTORIOS Y AREAS ASISTENCIALES DE LAS IPS DE LA RED SALUD ORIENTE E.S.E

4. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

4.1 Cumplimiento del Objeto:

EL CONTRATISTA EJECUTO SATISFACTORIAMENTE EL OBJETO DEL CONTRATO DURANTE ESTE PERIODO:

ITEM	CAPACIDAD	IPS	UBICACIÓN	CANTIDAD	TIPO
1	18000	PIZAMOS	VACUNACION	**1**	mini Split
2	12000	PIZAMOS	TOMA DE MUESTRAS	**1**	mini Split
3	18000	ALIRIO MORA	VACUNACION	1	mini Split
4	12000	ALIRIO MORA	TOMA DE MUESTRAS	1	mini Split
5	18000	LAGOS	VACUNACION	1	mini Split
6	12000	LAGOS	TOMA DE MUESTRAS	1	mini Split
7	12000	DIAMANTE	TOMA MUESTRAS	1	mini Split
8	60000 BTU	DIAMANTE	CENTRAL CONSULTORIOS Y CAJAS	**1**	Central
9	12000 BTU	DIAMANTE	CUARTO MEDICAMENTOS	**1**	mini Split
10	12000 BTU	DIAMANTE	CONSULTORIO ELECTROS	1	mini Split
11	12000 BTU	DIAMANTE	OFICINA COORDINADORA COMUNA 13	1	minisplit
12	36000 BTU	HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO	GERENCIA	1	Cassete

Se entregan informe de actividades del contratista

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. FE 327 DE JUNIO 10 DE 2026

4.2 Grado de Cumplimiento de las obligaciones (marque con una X)

Deficiente		**A mejorar**		**Satisfactorio**	**X**	**Sobresaliente**		**No Aplica**	

5. RELACIÒN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

ITEM	PERIODO DE PAGO *AÑO – MES*	FECHA DE PAGO *ANO – MES – DÍA*	VALOR
PENSIÓN	2026-Abril	2026-05-20	$ 4.872.000
SALUD	2026-Mayo	2026-05-20	$1.367.500
RIESGOS PROFESIONALES	2026-Abril	2026-05-20	$1.888.900
PARAFISCALES	2026-Abril	2026-05-20	
NUMERO DE PLANILLA	9504999517	2026-05-20	

6. AVANCE FINANCIERO

ITEM	VALOR	FECHA (*AÑO – MES – DÍA*)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 86.342.949	2026-04-03
CUOTAS ANTERIORES		
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 86.342.949	2026-06-10
VALOR EJECUTADO	$ 86.342.949	2026-06-10
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	$ 0	

7. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO (Si Aplica)

¿Existe Plan de Mejoramiento? Si: ____ **No:** __**x**__ (En caso afirmativo indique el nivel de cumplimiento):

8. INFORME DE EJECUCIÓN

¿ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES? SI [X] NO [ ]

¿ENTREGO SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES? SI [X] NO [ ]

SOPORTE FISICO [X] CD/DVD [ ] USB [ ] OTRO [ ] N/A [ ]

OBSERVACIONES:

9. APROBACION DE PÁGO Y/O OBSERVACIONES RELEVANTES DEL SUPERVISOR

9.1 ¿Procede pago en este periodo? Si_X___ No: _____

11. FIRMA Y FECHA DE SUPERVISION

ING. ALEJANDRO RAMIREZ GONZALEZ
Nombre y firma del Supervisor

Junio 10 de 2026
Fecha de elaboración