E.S.E Hospital Vicente de Paúl Santa Rosa de Cabal NIT. 891.480.036-6	**INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISION**	**Código:**	APY_GF_002_FOR_022
		Versión:	04
		Vigencia:	29/01/2025
GESTIÓN DE ADQUISICIONES			

DATOS GENERALES APS	
NUMERO DE INFORME	01 María Eugenia Escobar
FECHA DE ELABORACIÓN	08 SEP 2026
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	1 DE JULIO HASTA EL 31 DE JULIO 2026
VALOR DEL PERIODO DEL INFORME	DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 2.500.000)

DATOS DEL CONTRATO	
CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
NÚMERO CONTRATO	Nro. 245 - 2026
CONTRATISTA	JUAN DAVID VICAMA OGARI
NRO. DE IDENTIFICACIÓN	1.115.575.040 de Sevilla
FECHA DE SUSCRIPCION	01 DE JULIO DE 2026
OBJETO	Prestar los servicios de salud correspondientes a su labor (Gestor social) y definidos por la resolución 245 del 10 de febrero de 2026 del ministerio de salud y protección social y lineamientos nacionales, en el contexto de la estrategia de atención primaria en salud, haciendo parte de los denominados Equipos Básicos en Salud que realizarán las atenciones a la población en su domicilio y en un ambiente individual y comunitario.
VALOR	DIEZ MILLONES DE PESOS MCTE ($10.000.000).
TERMINO DE EJECUCION	El plazo de ejecución será de CUATRO (04) MESES contados a partir de la suscripción del acta de inicio, lo cual deberá ocurrir al cumplimiento de los requisitos de ejecución y sin superar el TREINTA Y UNO DE DICIEMBRE DE 2026, en razón al principio de anualidad presupuestal.
FORMA DE PAGO	La E.S.E HOSPITAL pagará a EL CONTRATISTA el valor del contrato mediante ACTAS PARCIALES por valor de **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000).**
NÚMERO DE CDP Y FECHA	259 junio 25 de 2026
NÚMERO DE RP Y FECHA	de JULIO 01 DE 2026
GARANTIA SOLICITADAS	Para el presente caso, teniendo en cuenta la naturaleza del contrato, la cuantía del mismo y la forma de pago pactada no se considera necesario que **LA CONTRATISTA** garantice el cumplimiento del contrato a favor de la **E.S.E HOSPITAL** a través de una póliza o una garantía bancaria, en consideración a que cualquier incumplimiento o deficiencia en la calidad del servicio puede ser exigida antes de realizar el pago pactado que se consideró mediante **ACTA FINAL** previo recibo a satisfacción por parte del Supervisor
NÚMERO GARANTIAS	
ENTIDAD QUE LAS EXPIDE	
FECHA DE APROBACION	NO APLICA

DATOS GENERALES		
	NO APLICA NO APLICA	
CONTROL Y SEGUIMIENTO CONTRACTUAL		
FECHA DE INICIO	01 DE JULIO DE 2026	
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE OCTUBRE DE 2026	
ADICIÓN	**NUMERO**	NO REGISTRA
	FECHA DEL DOCUMENTO	NO REGISTRA
	VALOR	NO REGISTRA
	NÚMERO DE CDP	NO REGISTRA
	NÚMERO DE RP	NO REGISTRA
	VALOR INICIAL + ADICIÓN	NO REGISTRA
	GARANTÍAS AMPLIADAS	NO REGISTRA
PRORROGA	**NÚMERO**	NO REGISTRA
	FECHA DEL DOCUMENTO	NO REGISTRA
	TERMINO PRORROGADO	NO REGISTRA
	TERMINO DEFINITIVO	NO REGISTRA
	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN	NO REGISTRA
	GARANTÍAS AMPLIADAS	NO REGISTRA
SUSPENSION	**NUMERO**	NO REGISTRA
	FECHA DEL DOCUMENTO	NO REGISTRA
	FECHA DE INICIO	NO REGISTRA
	FECHA DE TERMINACIÓN	NO REGISTRA
	DURACIÓN	NO REGISTRA
REINICIO	**NUMERO**	NO REGISTRA
	FECHA DEL DOCUMENTO	NO REGISTRA
	FECHA DE REINICIO	NO REGISTRA
	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN	NO REGISTRA
	GARANTÍAS AMPLIADAS	NO REGISTRA

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIA Soporte Documental	OBSERVACIONES HSPV
1	Articulación Comunitaria y Apoyo al EBS: a. Facilitar la vinculación y comunicación permanente entre los habitantes del territorio (barrios o veredas) y el Equipo Básico de Salud (EBS), b. Promover la participación activa de los miembros de la comunidad en las acciones de promoción, prevención y atención en salud, c. Acompañar la inmersión del equipo básico de salud en el territorio.	Acta donde se relacione los días de acompañamiento del gestor en los territorios, registro fotográfico de reunión con la comunidad	Acta y registro fotográfico Registro fotográfico y listado de asistencia	
2	Identificación de Procesos y Condiciones en Salud: a. Realizar recorridos territoriales para identificar procesos de cuidado, deterioro y condiciones de salud presentes en la comunidad, b. Reportar necesidades, riesgos y problemáticas detectadas al EBS para su intervención oportuna.	Registro de necesidades de salud de la población del microterritorio	Acta de necesidades identificadas registro fotográfico	
3	Información y Educación en Salud: a. Difundir información clara, accesible y oportuna sobre las actividades, servicios y programas de salud disponibles para la comunidad, b. Apoyar en las acciones de	Acta donde se relacione los días de socialización individual o general en los territorios de las visitas de los profesionales, registro fotográfico Acompañamiento a reuniones y jornadas con	Acta y registro fotográfico Registro fotográfico y listado de asistencia	

	educación para la salud, promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades educación para la salud, promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades	los profesionales de los territorios		
4	Portar celular con paquete de datos	Soporte		
5	Usar siempre, en desarrollo de su objeto contractual, el chaleco distintivo suministrado por la entidad.	Portar el chaleco	Registro fotográfico	
6	Portar siempre el carnét		Foto con el carnet	
7	Certificados	Certificado de la CRI	Impreso	
8	Presentar informe de actividades escrito y cargado en la plataforma destinada por la ESE Hospital para tal efecto, aportando captura de pantalla que lo evidencie	Informe	Físico y en drive de APS	
9	Entregar censo de la comunidad indígena	Censo actualizado	Mensual	

RECOMENDACIONES REALIZADAS POR LA ESE HOSPITAL ACERCA DEL DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA

DESCRIPCIÓN	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIA Soporte Documental

RELACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL				
NUMERO DE PLANILLA	**ITEM**	**PERIODO DE PAGO** *AÑO – MES*	**FECHA DE PAGO** *AÑO – MES – DÍA*	**VALOR PAGADO**
4664378759	PENSIÓN	2026-07	2026-09-04	$ 285.100
	SALUD	2026-07	2026-09-04	$ 222.700
	RIESGOS PROFESIONALES	2026-07	2026-09-04	$ 43.500
	CAJA COMPENSACION FAMILIAR			
	PARAFISCALES			
	VALOR TOTAL PAGADO			**$ 551.300**

PARTE CORRESPONDIENTE AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	
PAGO	
NUMERO DE FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE	DST0000001496
VALOR FACTURADO (en letras y números)	DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 2.500.000)
VALOR AUTORIZADO DE PAGO (en letras y números)	DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 2.500.000)
GLOSAS (en letras y números)	CERO (0)
OBSERVACIONES DE LAS GLOSAS	SIN GLOSA

BALANCE DEL CONTRATO		
VALOR CONTRATO INICIAL:		$ 10.000.000
VALOR ADICIÓN:		
VALOR ACTAS ANTERIORES:		
VALOR PRESENTE ACTA:	$ 2.500.000	
SALDO DEL CONTRATO:	$ 7.500.000	
SUMAS IGUALES:	**$ 10.000.000**	**$ 10.000.000**

OBSERVACIONES
Sin observaciones.

	SUPERVISOR	SUPERVISOR
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	JUAN SEBASTIAN RESTREPO SALGADO	

	APOYO A LA SUPERVISION	CONTRATISTA
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	MARIA EUGENIA ESCOBAR SALDARRIAGA	SAMUEL NOGOA MAICARA