| E.S.E Hospital San Vicente de Paul Santa Rosa de Cabal NIT. 891.480.036-6 | INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN | Código: | APY_GF_002_FOR_022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 04 |
| | | Vigencia: | 14/01/2025 |
| GESTIÓN DE ADQUISICIONES | | | |

| DATOS GENERALES | |
|---|---|
| NÚMERO DE INFORME | 01 |
| FECHA DE ELABORACIÓN | 08 SEP 2026 |
| PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME | 05 DE JULIO AL 04 DE AGOSTO DE 2026 |
| VALOR DEL PERIODO DEL INFORME | $ 8.424.000 |

| DATOS DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| NÚMERO CONTRATO | 250-2026 |
| CONTRATISTA | TRANDECOL S.A.S |
| No. DE IDENTIFICACIÓN | 900.724.450-3 |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN | JULIO 05 DE 2026 |
| OBJETO | El CONTRATISTA se obliga con la E.S.E HOSPITAL a prestar el servicio de transporte terrestre automotor mixto para el traslado del personal asistencial de la Entidad a las actividades misionales que se programen en el área urbana y rural del Municipio de Santa Rosa de Cabal. |
| VALOR | CUARENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE. ($49.420.800). |
| TERMINO DE EJECUCIÓN | El plazo de ejecución es de CINCO (05) MESES, VEINTISÉIS (26) DÍAS contados a partir de la suscripción del acta de inicio, lo cual deberá ocurrir al cumplimiento de los requisitos necesarios para la ejecución, sien exceder del 31 DE DICIEMBRE DE 2026. |
| FORMA DE PAGO | La E.S.E HOSPITAL pagará a EL CONTRATISTA el valor del contrato mediante CINCO ACTAS PARCIALES cada una por valor que resulte de sumar el valor fijo mensual de OCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE ($8.424.000) Y UN ACTA FINAL POR SIETE MILLONES TRESCIENTOS MIL OCHOCIENTOS PESOS ($7.300.800). |
| NÚMERO DE CDP Y FECHA | 247 de JUNIO 22 DE 2026 |
| NÚMERO DE RP Y FECHA | 611 de JULIO 5 DE 202 |
| GARANTÍAS SOLICITADAS | Cumplimiento, Calidad de Servicio, Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones, Responsabilidad Civil Extracontractual. |
| NÚMERO GARANTÍAS | 100044365 |
| ENTIDAD QUE LAS EXPIDE | SEGUROS MUNDIAL |

| E.S.E Hospital Vicente de Paúl Santa Rosa de Cabal NIT. 891.480.036-6 | INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN | Código: | APY_GF_002_FOR_022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 04 |
| | | Vigencia: | 14/01/2025 |
| GESTIÓN DE ADQUISICIONES | | | |

| DATOS DEL CONTRATO | |
|---|---|
| FECHA DE APROBACIÓN | 05/07/2026 |

| CONTROL Y SEGUIMIENTO CONTRACTUAL | | |
|---|---|---|
| FECHA DE INICIO | 5 DE ENERO DE 2026 | |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 4 DE MAYO 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 |

| E.S.E Hospital Vicente de Paúl Santa Rosa de Cabal NIT. 891.480.036-6 | INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN | Código: | APY_GF_002_FOR_022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 04 |
| | | Vigencia: | 14/01/2025 |
| GESTIÓN DE ADQUISICIONES | | | |

## REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

| NÚMERO DE OBLIGACIÓN | OBLIGACIÓN | ACTIVIDAD DESARROLLADA | EVIDENCIA Soporte Documental | OBSERVACIONES HSPV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Designar un vehículo tipo camioneta 4x4 doble cabina (según necesidad eventual deberá contar con platón), modelo 2013 o más reciente, que según la necesidad eventual deberá contar con platón, debidamente inscrito para prestar servicio de transporte a entidades oficiales, para que preste el servicio en forma oportuna y en condiciones seguras al personal de la E.S.E HOSPITAL. | Prestación del servicio en Camioneta WAGON Marca RENAULT DUSTER, color Blanco Glacial, Motor 2842Q237513, Número de Serie 9FBHSR595LM051430 Placa ETM030. | ✓ | |
| 2 | Presentar a la E.S.E HOSPITAL la documentación de Ley vigente del vehículo, dentro de los cuales se incluye: a) Fotocopia de la tarjeta de operación, b) Certificado de revisión tecno mecánica y de emisiones contaminantes, c) Seguro de daños corporales causados a personas en accidentes de tránsito – SOAT d) Licencia de tránsito. | Documentos Vehículo con Placa ETM030: Seguro Obligatorio 11/06/2027, Revisión Tecno Mecánica 13/06/2027, Tarjeta de operación 03/07/2027. | ✓ | |
| 3 | Designar del personal de la Empresa conductores idóneos para la prestación del servicio, con licencia de conducción vigente en la categoría requerida para conducir vehículos públicos, protegidos con el sistema de Seguridad Social Integral salud, riesgos profesionales y pensión y aportes a Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, si a ello hubiese lugar. | Datos completos del conductor, número de licencia de tránsito y vigencia de la misma. | ✓ | |
| 4 | Garantizar que el vehículo se encuentre y permanezca en perfectas condiciones de conservación, mantenimiento y funcionamiento (mecánico y físico), así como en óptimas condiciones de seguridad, comodidad e higiene y con suficiente provisión de combustible, realizando las reparaciones y los mantenimientos preventivos y | Se realiza seguimiento a la revisión del vehículo para asegurar que esté en condiciones de uso. | ✓ | |

## REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

| NÚMERO DE OBLIGACIÓN | OBLIGACIÓN | ACTIVIDAD DESARROLLADA | EVIDENCIA Soporte Documental | OBSERVACIONES HSPV |
|---|---|---|---|---|
| | correctivos requeridos que garanticen seguridad, comodidad y eficiencia. | | | |
| 5 | Garantizar la disponibilidad de permanencia del vehículo en el horario establecido para la prestación del servicio de Lunes a Viernes desde las siete de la mañana (7:00 a.m.) y cinco de la tarde (5:00 p.m.) y los días sábados que se requieran en el horario de siete de la mañana (7:00 am) y hasta las dos de la tarde (2:00) pm; para lo cual en caso de que el vehículo propuesto no pueda ser utilizado, deberá designar otro vehículo de iguales o superiores características y especificaciones, previa coordinación con la persona encargada de ejercer la vigilancia y control del contrato con el aporte de la documentación requerida para corroborar las características y especificaciones técnicas del nuevo vehículo con el que se pretende suplir la necesidad o continuar ejecutando el objeto del contrato y que el mismo cumple con la normativa vigente. | Los conductores tienen la responsabilidad de diligenciar la planilla correspondiente según los trayectos realizados. | ✓ | |
| 6 | Trasladar en la camioneta contratada, a los funcionarios, contratistas y colaboradores de la E.S.E HOSPITAL que deban adelantar gestiones inherentes a la prestación del servicio de la E.S.E HOSPITAL, en la zona urbana y rural del Municipio de Santa Rosa de Cabal, a la Ciudad de Dosquebradas y Pereira y eventualmente a otros Municipios del Eje Cafetero. Si por necesidades del servicio se requiere del desplazamiento del vehículo fuera del Departamento de Risaralda la E.S.E HOSPITAL asumirá y sufragará el costo adicional que se genere por concepto de peajes. | Los conductores tienen la responsabilidad de diligenciar la planilla correspondiente según los trayectos realizados. | ✓ | |

| E.S.E Hospital Vicente de Paúl Santa Rosa de Cabal NIT. 891.480.036-6 | INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN | Código: | APY_GF_002_FOR_022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 04 |
| | | Vigencia: | 14/01/2025 |
| GESTIÓN DE ADQUISICIONES | | | |

## REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

| NÚMERO DE OBLIGACIÓN | OBLIGACIÓN | ACTIVIDAD DESARROLLADA | EVIDENCIA Soporte Documental | OBSERVACIONES HSPV |
|---|---|---|---|---|
| 7 | Exigir a su personal que porte en el vehículo automotor los correspondientes equipos de carretera, botiquín y los demás elementos y cumplimiento de la normatividad exigidos por las autoridades de Tránsito y Transporte. | El vehículo automotor asignado para la prestación del servicio contratado porta los correspondientes equipos de carretera, botiquín y los demás elementos y cumplimiento de la normatividad exigidos por las autoridades de Tránsito y Transporte. | | |
| 8 | Asumir todos los gastos que, por concepto de personal, combustible, llantas, repuestos, lubricantes, sostenimiento y reparación del vehículo sea necesario, así como los impuestos, daños a terceros, multas por contravenciones y en general todo gasto administrativo, judicial o extrajudicial que se cause durante el desarrollo del contrato. | En caso de que la situación se presente, TRANDECOL se hará cargo de todos los gastos correspondientes. | | |

## REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE GESTIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

| NÚMERO DE OBLIGACIÓN | OBLIGACIÓN | ACTIVIDAD DESARROLLADA | EVIDENCIA Soporte Documental | OBSERVACIONES HSVP |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Entregar al inicio del contrato copia de la autoevaluación de estándares mínimos de SST de la Resolución 0312 de 2019 de la vigencia anterior. | Se anexa al primer informe el Certificado de la Autoevaluación de estándares mínimos de SST- 19/11/2025 | | |
| 2 | Remitir copia de las investigaciones de accidentes de trabajo ocurridos durante la prestación del servicio a la E.S.E HOSPITAL. | En caso de Presentarse algún evento, TRANDECOL se hará cargo y entregará los soportes. | | |
| 3 | Entregar al inicio del contrato copia de los certificados de revisión técnico-mecánica de los vehículos que presten el servicio en la institución y actualizar dicha información cada que uno de estos cumpla con su vencimiento (cuando aplique). | Se anexa al informe Certificado de revisión técnico-mecánica de vehículo asignado para la prestación del servicio. | | |

| 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 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE PLANILLA** | **ÍTEM** | **PERIODO DE PAGO** *AÑO – MES* | **FECHA DE PAGO** *AÑO – MES – DÍA* | **VALOR PAGADO** |
| 9509132658 | PENSIÓN | 2026/07 | 2026/08/04 | $55.481.800 |
| | SALUD | 2026/08 | 2026/08/04 | $13.848.800 |
| | RIESGOS PROFESIONALES | 2026/08 | 2026/08/04 | $9.001.100 |
| | CAJA COMPENSACIÓN FAMILIAR | 2026/08 | 2026/08/04 | $13.571.100 |
| | PARAFISCALES | | | |
| | **VALOR TOTAL PAGADO** | | | **$91.902.800** |

<Nota: En caso de tratarse de una Persona Jurídica se dejará constancia de que se aportó certificado suscrito por el Representante Legal o Revisor Fiscal de que esta al día y que realizó aportes durante los últimos 6 meses al sistema general de seguridad social en los términos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 con sus respectivos anexos>.

| PARTE CORRESPONDIENTE AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL |
|---|
| |

| PAGO | |
|---|---|
| **NÚMERO DE FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE** | FEV - 10485 |
| **VALOR FACTURADO** (en letras y números) | OCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE **($8.424.000)** |
| **VALOR AUTORIZADO DE PAGO** (en letras y números) | OCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE **($8.424.000)** |
| **GLOSAS** (en letras y números) | - |
| **OBSERVACIONES DE LAS GLOSAS** | - |

| E.S.E Hospital Vicente de Paul Santa Rosa de Cabal NIT. 891.480.036-6 | INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN | Código: | APY_GF_002_FOR_022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 04 |
| | | Vigencia: | 14/01/2025 |
| GESTIÓN DE ADQUISICIONES | | | |

| BALANCE DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| VALOR CONTRATO INICIAL: | | $ 49.420.800 |
| VALOR ADICIÓN: | | $ - |
| VALOR ACTAS ANTERIORES: | $ - | |
| VALOR PRESENTE ACTA: | $ 8.424.000 | |
| SALDO DEL CONTRATO: | $ 40.996.800 | |
| SUMAS IGUALES: | **$ 49.420.800** | **$ 49.420.800** |

| OBSERVACIONES |
|---|
| |

| | SUPERVISOR | SUPERVISOR |
|---|---|---|
| FIRMA | | |
| NOMBRE COMPLETO | DORA BEATRIZ MEJIA SERNA | |

| | APOYO A LA SUPERVISIÓN | CONTRATISTA |
|---|---|---|
| FIRMA | | |
| NOMBRE COMPLETO | STEFANNY MOLINA RODRIGUEZ | LUZ ADRIANA GONZALEZ TANGARIFE |