| 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 | | | |

APS

| DATOS GENERALES | |
|---|---|
| NUMERO DE INFORME | 02 María Eugenia Escobar |
| FECHA DE ELABORACIÓN | 15 SEP 2026 |
| PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME | 1 DE AGOSTO HASTA EL 31 DE AGOSTO 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<br>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<br><br>de reunión con la comunidad | Acta y registro fotográfico<br><br>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<br><br>Acompañamiento a reuniones y jornadas con | Acta y registro fotográfico<br><br>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** |
| **4666304205** | PENSIÓN | 2026-08 | 2026-09-14 | $ 281.300 |
| | SALUD | 2026-08 | 2026-09-14 | $ 219.800 |
| | RIESGOS PROFESIONALES | 2026-08 | 2026-09-14 | $ 42.900 |
| | CAJA COMPENSACION FAMILIAR | | | |
| | PARAFISCALES | | | |
| | **VALOR TOTAL PAGADO** | | | **$ 544.000** |

| PARTE CORRESPONDIENTE AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | |
|---|---|
| | |
| **PAGO** | |
| **NUMERO DE FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE** | DST0000001524 |
| **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:** | $ 2.500.000 | |
| **VALOR PRESENTE ACTA:** | $ 2.500.000 | |
| **SALDO DEL CONTRATO:** | $ 5.000.000 | |
| **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 |