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:	29/01/2025
GESTIÓN DE ADQUISICIONES			

APS

DATOS GENERALES	
NUMERO DE INFORME	02 María Eugenia Escobar
FECHA DE ELABORACIÓN	30 SEP 2026
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	DEL 2 DE AGOSTO AL 01 de SEPTIEMBRE 2026
VALOR DEL PERIODO DEL INFORME	SEIS MILLONES TRECIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE ($ 6.380.000)

DATOS DEL CONTRATO	
CONTRATO	PRESTACION DE SERVCIOS
NÚMERO CONTRATO	249 – 2026
CONTRATISTA	COOPERATIVA MULTIACTIVA ARAUCARIAS DEL EJE CAFETERO LTDA
NRO. DE IDENTIFICACIÓN	NIT 891.409.456-5
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2 DE JULIO DE 2026
OBJETO	El contratista se obliga con la E.S.E HOSPITAL a prestar los servicios de transporte terrestre automotor rural para el traslado de UN (01) equipo básico de salud definidos por la resolución 0245 de 10 DE FEBREO DE 2026 del ministerio de salud y protección social y lineamientos nacionales, en el contexto de la estrategia de atención primaria en salud.
VALOR	VEINTICINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE. ($ 25.520.000).
TERMINO DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución será de CUATRO (04) MESES contados desde la suscripción del acta de inicio, lo cual deberá ocurrir al cumplimiento de los requisitos de ejecución, sin exceder del treinta y uno (31) de diciembre de 2026.
FORMA DE PAGO	La E.S.E HOSPITAL pagará a EL CONTRATISTA el valor del contrato mediante ACTAS PARCIALES Y UN (1) ACTA FINAL cada una por valor equivalente al que resulte de multiplicar el número de viajes realizados en el respectivo periodo facturado según las tarifas pactadas. PARAGRAFO PRIMERO: Los pagos se efectuarán dentro de los primeros diez (10) días del mes siguiente al mes de la prestación del servicio.
NÚMERO DE CDP Y FECHA	262 DEL 25 DE JUNIO DE 2026
NÚMERO DE RP Y FECHA	02 DE JULIO DE 20265
GARANTÍA SOLICITADAS	EL CONTRATISTA deberá garantizar el contrato a favor de la E.S.E Hospital San Vicente de Paul, con NIT 891.480.036-6, a través de una póliza expedida por compañía de seguros debidamente autorizada para operar en Colombia o una garantía bancaria. Los siguientes riesgos: Cumplimiento: Por un monto equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato y deberá otorgarse con una vigencia igual al término de ejecución más el término legal previsto para su liquidación (Cuatro
NÚMERO GARANTÍAS	
ENTIDAD QUE LAS EXPIDE	
FECHA DE A PROBACIÓN	

DATOS DEL CONTRATO	
	(4) meses). Calidad de servicio: Por un monto equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato, que deberá permanecer vigente por el término. de ejecución del contrato y seis (6) meses más. Pago de salar os, prestaciones sociales e indemnizaciones: Por un monto equivalente al veinte (20%) del valor total del contrato y deberá extenderse por el termino de ejecución del contrato y tres (3) años más. Responsabilidad civil extracontractual. Por las actuaciones, hechos u omisiones del contratista o subcontratistas por doscientos salarios mínimos legales mensuales vigentes (200 SMUV) al momento de la expedición de la póliza, por el término de ejecución del contrato. En esta póliza deberán tener la calidad de asequrados la entidad contratante (ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL) y el contratista, limitado ello únicamente a los daños producidos por el contratista con ocasión de la ejecución del contrato amparado, y serán beneficiarios tanto la entidad contratante [ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL], como los terceros que puedan resultar afectados por la responsabilidad extracontractual del contratista o sus subcontratistas.

CONTROL Y SEGUIMIENTO CONTRACTUAL		
FECHA DE INICIO	02 DE JULIO DE 2026	
FECHA DE TERMINACIÓN	01 DE NOVIEMBRE 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	NÚMERO	NO REGISTRA
	FECHA DEL DOCUMENTO	NO REGISTRA
	FECHA DE INICIO	NO REGISTRA

CONTROL Y SEGUIMIENTO CONTRACTUAL		
	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	Designar 1 vehícul de su empresa (TIPO JEEPS con conductor capacidad de nueve pasajeros incluido el conductor de Servicio Público Especial de Operación Nacional), para que preste servicio para que preste el servicio de transporte rural de 1 equipo1 básico1 de salud de forma oportuna y en condiciones seguras a la ESE HOSPITAL para lo cual deberá colocar en la parte frontal del vehículo un aviso de TRANSPORTE EXCLUSIVO y abstenerse de transportar personal ajeno al Hospital durante cada recorrido .	Se instala Adhesivo en la parte frontal de cada vehículo que dice TRANSPORTE EXCLUSIVO	Registro Fotográfico	
2	Presentar a la ESE HOSPITAL la documentación de Ley vigente del vehículo, dentro de los cuales se incluye: a) Fotocopia.de la	Se solicita documentación a propietarios de vehículos	Se adjunta Runt y Preventiva Bimestral, impreso de cada vehículo que presta servicio a la ESE	

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES				
NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIA Soporte Documental	OBSERVACIONES HSPV
	tarjeta de operación, b) Certificado de revisión tecno mecánica y de emisiones contaminantes) Seguro de daños corporales causados a personas en accidentes de tránsito — SOAT D) Licencia de tránsito.		HOSPITAL.	
3	Designar del personal de su 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 y contar con el curso de primeros auxilios y misión médica.	Se solicita a cada conductor que presta el servicio a la ESE Hospital soporte de pase de conducción, soporte de pago de planilla asistida, se realiza curso de primeros auxilios Pendiente realizar curso de misión medica por cada uno de los conductores	Se anexa soporte de pago de la planilla de asistida. Se anexa soporte de pago de parafiscales de la empresa Certificado de Primeros auxilios	
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	Se realiza inspección mecánica de cada vehículo antes de la salida a campo.		

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES				
NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIA Soporte Documental	OBSERVACIONES HSPV
	provisión de combustible, el cual deberá correr por su cuenta.			
5	Garantizar la disponibilidad de permanencia del vehículo en el horario establecido para la prestación del servicio de lunes a viernes, de acuerdo con las necesidades de la ESE, desde las siete de la mañana (7:00 a.m) y hasta las siete de la tarde (7:00 p.m), para lo cual en caso de que el vehículo propuesto no pueda ser utilizado, EL CONTRATISTA 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; para lo cual se deberá aportar 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	Se diligencia formato de planilla de servicio de ruta	Se anexan copias de las planillas de servicio de ruta	

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES				
NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIA Soporte Documental	OBSERVACIONES HSPV
	cumple con la normativa vigente.			
6	Trasladar en el vehículo dispuesto para el efecto, al personal asistencial a la zona urbana del Municipio de Santa Rosa de Cabal, conforme al cronograma establecido para los 3 equipos básicos de salud.	Se recibe promoción diaria de transporte realizada por la ESE HOSPITAL	Se anexa copia de la programación del transporte del 23 DE MARZO AL 22 DE ABRIL	
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.	Se realiza inspección mecánica de cada vehículo antes de la salida a campo.		
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.	Este ítem no aplica, ya que los vehículos se encuentran bajo un convenio de colaboración empresarial y se encuentran afiliados a la empresa. Dicho requerimiento solo es válido cuando el propietario del vehículo es, a su vez, una empresa de transporte, es decir, cuando la tarjeta de propiedad registra como propietario a una empresa	NO APLICA	

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES				
NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIA Soporte Documental	OBSERVACIONES HSPV
		transportadora		

RECOMENDACIONES REALIZADAS POR 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
6035605738	PENSIÓN	2026-08	2025-09-11	$ 140.100
	SALUD			-
	RIESGOS PROFESIONALES	2026-08	2025-09-11	$ 76.200
	CAJA COMPENSACIÓN FAMILIAR	2026-08	2025-09-11	$ 35.100
	PARAFISCALES			
	VALOR TOTAL PAGADO			$ 251.400

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
6035605738	PENSIÓN	2026-08	2025-09-11	$ 140.100
	SALUD			-
	RIESGOS PROFESIONALES	2026-08	2025-09-11	$ 76.200
	CAJA COMPENSACIÓN FAMILIAR	2026-08	2025-09-11	$ 35.100
	PARAFISCALES			
	VALOR TOTAL PAGADO			$ 251.400
PARTE CORRESPONDIENTE AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL				

PAGO	
NUMERO DE FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE	**FE 1766**
VALOR FACTURADO (en letras y números)	SEIS MILLONES TRECIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE ($ 6.380.000)
VALOR AUTORIZADO DE PAGO (en letras y números)	SEIS MILLONES TRECIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE ($ 6.380.000)
GLOSAS (en letras y números)	CERO (0)
OBSERVACIONES DE LAS GLOSAS	SIN GLOSA

BALANCE DEL CONTRATO		
VALOR CONTRATO INICIAL:		$ 25.520.000
VALOR ADICIÓN:		
VALOR ACTAS ANTERIORES:	$ 6.380.000	
VALOR PRESENTE ACTA:	$ 6.380.000	
SALDO DEL CONTRATO:	$ 12.760.000	
SUMAS IGUALES:	$ 25.520.000	**$ 25.520.000**

OBSERVACIONES
Sin observaciones.

	SUPERVISOR	SUPERVISOR
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	DORA BEATRIZ MEJIA	

	APOYO A LA SUPERVISION	CONTRATISTA
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	MARIA EUGENIA ESCOBAR	Luis Fabio Ocampo García