1. DATOS GENERALES

INFORME PARCIAL [x] INFORME FINAL [ ]

Cuota Número 1

1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	Fecha (DD-MM-AAAA): **08-05-2026**	**A**	Fecha (DD-MM-AAAA): **30-06-2026**		
1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?	**SI**		**No**	**x**	
1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**24.36%**				

2. DATOS DEL SUPERVISOR

2.1 NOMBRE DEL SUPERVISOR	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	100.23.15.20260016
3.2 FECHA DE CONTRATO (DD/MM/AAA)	06/05/2026
3.3 CONTRATISTA	SQUARE INGENIERIA & CONSULTORIA S.A.S
3.4 CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT	9 0 1 4 3 9 0 6 9-1
3.5 DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	**202600192**
3.6 REGISTRO PRESUPUESTAL	**202600254**
3.7 VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 125.668.952
3.8 PLAZO	Hasta 31/12/2026
3.9 FECHA ACTA DE INICIO (DD/MM/AAA)	08/05/2026
3.10 FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO (DD/MM/AAA)	31/12/2026
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:

PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LAVADO, DESINFECCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS AL AGUA DE LOS TANQUES ANTES Y DESPUÉS DEL LAVADO DEL HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO Y LAS IPS ADSCRITAS A LA RED SALUD DE ORIENTE E.S.E.

4. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

4.1 Cumplimiento del Objeto:

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

Se realizaron las siguientes actividades :

UBICACIÓN	ÁREA A LA QUE SIRVE	TIPO DE TANQUE	CANTIDAD DE TANQUES	CAPACIDAD TANQUES
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO	Edificio Urgencias, hospitalización y Consulta Externa	TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO	1	100 m^3
	Edificio Urgencias, hospitalización y Consulta Externa	TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO	1	33 m^3
CENTROL DE SALUD DESEPAZ	TODA LA I.P.S	TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO	1	38 m^3
CENTRO DE SALUD POTERO GRANDE	TODA LA I.P.S	TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO	1	30 m^3
CENTRO DE SALUD LLANO VERDE	TODA LA I.P.S	TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO	1	70 m3
CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRÁN	TODA LA I.P.S	TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO	1	20 m^3
CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE	TODA LA I.P.S	TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO	1	20 m^3

CENTRO DE SALUD EL VALLADO	TODA LA I.P.S	TANQUE ALTO EN PLÁSTICO	2	3 m^3
PUESTO DE SALUD LAS ORQUIDEAS	TODA LA I.P.S	TANQUE BAJO SUBTERRANEO	1	10 m^3
PUESTO DE SALUD EL VERGEL	TODA LA I.P.S	TANQUE ALTO EN PLÁSTICO	1	1 m^3
PUESTO DE SALUD COMUNEROS 2	TODA LA I.P.S	TANQUE ALTO EN PLÁSTICO	2	2 m^3
PUESTO DE SALUD LOS NARANJOS	TODA LA I.P.S	TANQUE ALTO EN PLÁSTICO	1	1 m^3
PUESTO DE SALUD CHARCO AZUL	TODA LA I.P.S	TANQUE ALTO EN PLÁSTICO	2	2 m^3
PUESTO DE SALUD PIZAMOS	TODA LA I.P.S	TANQUE ALTO EN PLÁSTICO	2	2 m^3
PUESTO DE SALUD NAVARRO	TODA LA I.P.S	TANQUE ALTO EN PLÁSTICO	2	2 m^3
TOTAL			**20**	334m^3

- Se Realizaron las tomas Pruebas Microbiológicas antes y después de lavado de cada uno de los tanques y se entregaron sus respetivos resultados de laboratorio

















Se anexa informe completo de contratista de actividades ejecutadas en este periodo

FACTURA ELECTRONICA No FESI 185 DE AGOSTO 20 DE 2026

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

Deficiente		A mejorar		Satisfactorio	X	Sobresaliente		No Aplica	

INFORME DE SUPERVISIÓN

5. RELACIÒN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES (Si aplica):

ITEM	PERIODO DE PAGO *AÑO – MES*	FECHA DE PAGO *ANO – MES – DÍA*	VALOR
PENSIÓN	2026-Junio	2026-07-16	$ 2.820.000
SALUD	2026-Julio	2026-07-16	$ 680.000
RIESGOS PROFESIONALES	2026-Junio	2026-07-16	$ 1.183.200
PARAFISCALES	2026-Junio	2026-07-16	
NUMERO DE PLANILLA	86319548	2026-07-16	

6. AVANCE FINANCIERO

ITEM	VALOR	FECHA (*AÑO – MES – DÍA*)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 125.668.952	202-05-06
CUOTAS ANTERIORES		
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 30.625.401	2026-08-20
VALOR EJECUTADO	$ 30.625.401	2026-08-20
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	$ 95.043.551	2026-08-20

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 [X] 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
Supervisor

Agosto 20 de 2026
Fecha de elaboración