2026020005335
Fecha Radicado: 2026-09-30 16:57:45

	FORMATO	**Código: FO-M3-P14-011**
		Versión: 2
Informe de supervisión del contrato o convenio		**Fecha Aprobación: 2025/12/31**

INFORME DE SUPERVISIÓN	No. 5	**DE SEGUIMIENTO**	X	**FINAL**	☐
		PARA PAGO	X		
PERIODO DE SEGUIMIENTO	Desde:	01/08/2026	Hasta:	31/08/2026	
PERIODO PARA PAGO	Desde:	01/08/2026	Hasta:	31/08/2026	

(Diligenciar los campos con la información del contrato y acta de inicio)

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO O CONVENIO

CONTRATANTE		**FÁBRICA DE LICORES Y ALCOHOLES DE ANTIOQUIA EICE**
CONTRATISTA/CONVENIANTE O ASOCIADO		COOMEVA EXPERIENCIA MEDICA S.A.S
IDENTIFICACIÓN (CC-NIT-RUC)		901.417.124-4
CONTRATO/CONVENIO	NÚMERO:	4600019079
	FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	26/03/2026
	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	26/03/2026
OBJETO	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ÁREA PROTEGIDA, CON EL FIN DE ATENDER LOS CASOS DE EMERGENCIAS, URGENCIAS MÉDICAS Y TRASLADOS A LOS SERVIDORES, CONTRATISTAS Y VISITANTES DE LA FÁBRICA DE LICORES Y ALCOHOLES DE ANTIOQUIA EICE, DE FORMA OPORTUNA.	

VALOR [$]:	**INICIAL:**	SIETE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS ML/CTE ($7.734.375) incluido todos los gastos en que incurra el contratista.		
	ADICIONES N/A	**No**	**VALOR ADICIONADO**	**% DE ADICIÓN**
			N/A	N/A
	VALOR TOTAL:	SIETE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS ML/CTE ($7.734.375) incluido todos los gastos en que incurra el contratista.		
VALOR Y PORCENTAJE DE ANTICIPO:		N/A		
PLAZO:	**INICIAL**	El plazo del contrato será de (9) meses contados a partir suscripción del acta de inicio sin superar el 31 de diciembre de 2026.		
		FECHA DE INICIO		**FECHA DE TERMINACIÓN**
		01/04/2026		31/12/2026
	PRÓRROGAS N/A	**No**	**TIEMPO PRORROGADO**	**NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN**
			N/A	N/A
	PLAZO TOTAL	El plazo del contrato será de (9) meses contados a partir suscripción del acta de inicio sin superar el 31 de diciembre de 2026		
HISTÓRICO DE SUSPENSIONES:		**No**	**FECHA INICIO**	**FECHA REANUDACIÓN**

2026020005335
Fecha Radicado: 2026-09-30 16:57:45

	FORMATO	**Código: FO-M3-P14-011**
		Versión: 2
Informe de supervisión del contrato o convenio		**Fecha Aprobación: 2025/12/31**

N/A		**SUSPENSIÓN**	
		N/A	N/A
		NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL	RPC NUMERO:	4200012008	
	FECHA DE LIBERACIÓN (IMPRESIÓN):	17/03/2026	
TIENE GARANTÍAS VIGENTES Y ACTUALIZADAS		SI	
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:		101044	

RELACIÓN DE MODIFICACIONES AL CONTRATO (adiciones, prórrogas, otros sí)		
No. Modificación	Tipo de Modificación	Fecha
N/A	N/A	N/A

SUPERVISOR(ES)	**NOMBRE(S)** **CARGO Y ÁREA**	**JENNY ANDREA MOLINA RUIZ** PROFESIONAL ESPECIALIZADO DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
	NO. DE RADICADO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN	N° 2026020001843 del 26/03/2026

2. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO/CONVENIO

2.1. SEGUIMIENTO FINANCIERO DEL CONTRATO / CONVENIO:

	FORMATO	**Código: FO-M3-P14-011**
		Versión: 2
Informe de supervisión del contrato o convenio		**Fecha Aprobación: 2025/12/31**

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA	
DESCRIPCIÓN	**TOTAL**
1. Valor inicial del contrato	$ 7.734.375
2. Valor total adiciones	$ 0,00
3. VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 7.734.375
4. Anticipos o pagos anticipados	$ 0,00
5. Recursos pagados / desembolsados a la fecha	$ 3.437.500,00
6. TOTAL RECURSOS ENTREGADOS	$ 3.437.500,00
7. Valor que se va a facturar y pagar con el presente informe en caso de tratarse de informe para pago	$ 859.375
8. RECURSOS EJECUTADOS	$ 4.296.875
9. Recursos no ejecutados	$ 3.437.500
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA	**56%**
PORCENTAJE POR EJECUTAR FINANCIERA	**44%**

2.2. RELACIÓN DE FACTURACIÓN

	No. Pago	**No. De factura**	**No. Radicado FLA**	**Fecha de radicado FLA de la factura**	**Valores incluido IVA (si aplica)**
Facturas o cuenta de cobro	Pago No.1	N° AMMD 04351	2026010004022	25/02/2026	$ 859.375
	Pago No.2	N° AMBO 03342	2026010004653	12/06/2026	$ 859.375
	Pago No.3	N° AMMD 05306	2026010005605	21/07/2026	$ 859.375
	Pago No.4	N° AMMD 05772	2026010006272	18/08/2026	$ 859.375
	Pago No.5	N° AMMD 06318	2026010007309	16/09/2026	$ 859.375
Valor total de las facturas a pagar con el presente informe					$ 859.375

De conformidad con el Recibo a Satisfacción No. 5000264598 anexo, al informe; el supervisor autoriza el pago/desembolso No 5 al contratista por valor de: Ochocientos cincuenta y nueve mil trescientos setenta y cinco M/TCE **($ 859.375,00),** el cual se relaciona en la tabla anterior.

2.3. CONTROL DE PAGOS. (Conforme a la cláusula "forma de pago" estipulada en el contrato).

	FORMATO	**Código: FO-M3-P14-011**
		Versión: 2
Informe de supervisión del contrato o convenio		**Fecha Aprobación: 2025/12/31**

CONCEPTO	FECHA	VALOR CONTRATO	VALOR PAGO / DESEMBOLSO	SALDO
Valor Inicial	26/03/2026	$ 7.734.375		$ 7.734.375
Pago No. 1	21/07/2026		$ 859.375	$ 6.875.000
Pago No. 2	11/08/2026		$ 859.375	$ 6.015.625
Pago No. 3	20/09/2026		$ 859.375	$ 5.156.250
Pago No. 4	17/10/2026		$ 859.375	$ 4.296.875
Pago No. 5	17/11/2026		$ 859.375	$ 3.437.500
TOTALES		$ 7.734.375	$ 4.296.875	$ 3.437.500

Nota: Se deberán agregar celdas según el número de pagos a realizar.

3. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO - TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

3.1. SEGUIMIENTO A LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES Y ENTREGABLES DEL CONTRATO

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

Nota 1: Se deberán agregar tantas filas, como obligaciones, actividades y entregables se relacionen

3.1.1 OBLIGACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES / ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA:

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA/SOPORTE/ENTREGABLE
El Contratista se obliga a prestar los servicios de salud para la atención de eventos clasificados como emergencias y urgencias médicas, bajo los niveles de Triage I, II y III, de estricta conformidad con lo dispuesto en la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social (o la norma	Mantenimiento y garantía de la cobertura extramural, domiciliaria y presencial de salud en las instalaciones de la FLA EICE, asegurando la clasificación técnica preventiva conforme a la Resolución 5596 de 2015 para la atención oportuna de servidores, contratistas y visitantes.	**Auto-certificación de disponibilidad permanente del servicio**, debidamente firmada por el Representante Legal de COOMEVA Área Protegida. Copia correo electrónico de remisión de la documentación del mes de Agosto. Recibo a Satisfacción del Servicio

que la modifique o sustituya). Para ello, deberá dar cumplimiento integral a las especificaciones técnicas y a la ficha técnica del servicio definidas en los estudios previos y en la presente Solicitud de Oferta.		Prestado.
El contratista deberá presentar un informe mensual detallado al supervisor del contrato, que contenga la relación de eventos reportados, atenciones efectivamente prestadas, traslados realizados y los tiempos de respuesta registrados (desde la solicitud hasta el arribo al sitio). En caso de no haberse presentado eventos durante el periodo, el contratista deberá expedir una auto-certificación de disponibilidad permanente Firmado por el Representante Legal, la cual acreditará que el servicio estuvo activo y a disposición de la FLA-EICE de acuerdo con las condiciones pactadas. **Nota:** Se aclara que las causas a las cuales hace referencia dicho informe no están relacionadas con la historia clínica del paciente, en tanto no se puede violar la reserva legal de la historia clínica. Las causas que deberán indicarse en tal informe están relacionadas con la situación que llevara a atender dicha emergencia	Generación, expedición y remisión formal de la auto-certificación de disponibilidad permanente, acreditando de manera oficial que el servicio de área protegida se mantuvo 100% activo y a disposición de la entidad, respetando la reserva legal.	Correo electrónico de remisión de la documentación del mes de Agosto la supervisión del contrato. **Auto-certificación de disponibilidad permanente del servicio,** debidamente firmada por el Representante Legal de COOMEVA Área Protegida (en aplicación al inciso 2° de la presente obligación por ausencia de eventos). Recibo a Satisfacción del Servicio Prestado.

	FORMATO	**Código: FO-M3-P14-011**
		Versión: 2
Informe de supervisión del contrato o convenio		**Fecha Aprobación: 2025/12/31**

El contratista deberá atender los Casos clasificados como Triage I con una respuesta en la atención de manera inmediata, menor de 20 minutos.	Mantenimiento de la disponibilidad total, ininterrumpida y permanente de unidades de ambulancia y tripulación médica prehospitalaria las 24 horas del día, garantizando el alistamiento preventivo ante cualquier evento de prioridad crítica (Triage I) dentro de la FLA.	No se presentaron casos bajo la clasificación de Triage I durante el periodo evaluado. **Auto-certificación de disponibilidad permanente del servicio**, debidamente firmada por el Representante Legal de COOMEVA Área Protegida.
El contratista deberá atender los casos clasificados como Triage II y La respuesta en la atención no debe superar los 30 minutos.	Monitoreo y disponibilidad permanente de los canales de comunicación interna, radiofrecuencia y despacho de unidades médicas prehospitalarias, asegurando la capacidad de respuesta inmediata para eventos de prioridad Triage II.	No se presentaron casos bajo la clasificación de Triage II durante el periodo evaluado. **Auto-certificación de disponibilidad permanente del servicio**, debidamente firmada por el Representante Legal de COOMEVA Área Protegida.
El contratista deberá atender los eventos clasificados como Triage III y La respuesta en la atención no debe superar los 90 minutos.	Permanencia activa del módulo de atención remota (Telemedicina) y soporte médico de turno para la valoración oportuna de casos de Triage III, manteniendo la articulación técnica con la Brigada de Emergencias de la FLA EICE.	No se presentaron casos bajo la clasificación de Triage III durante el periodo evaluado. **Auto-certificación de disponibilidad permanente del servicio**, debidamente firmada por el Representante Legal de COOMEVA Área Protegida.

3.2. RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FÍSICA		
SEGUIMIENTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO DEL CONTRATO (ESTADO Y AVANCE DEL CONTRATO)	**% EJECUCIÓN**	**JUSTIFICACIÓN / OBSERVACIÓN**

	FORMATO	**Código: FO-M3-P14-011**
		Versión: 2
Informe de supervisión del contrato o convenio		**Fecha Aprobación: 2025/12/31**

De acuerdo con la ejecución de las obligaciones y actividades relacionadas en el punto anterior, para el período objeto de evaluación se cuenta con el siguiente porcentaje de ejecución:	11%	El contratista ha cumplido con las obligaciones según lo pactado en el contrato.
Porcentaje de ejecución física acumulado con corte a la fecha de elaboración del informe	56%	El contratista ha cumplido con las obligaciones según lo pactado en el contrato.

4. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD	**ACCIÓN REALIZADA**	**RIESGO RELACIONADO (Matriz de Riesgo EP)**	**FECHA DE OCURRENCIA**
N/A	N/A	N/A	N/A

5. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).

OBLIGADO A PRESENTAR SEGURIDAD SOCIAL		**SÍ**	**X**	
		NO		
PERSONA NATURAL		**PERSONA JURÍDICA**	**SÍ**	**NO**
Planilla número		**Certificado de Representante Legal**		
Período de Cotización		**Certificado de Revisor Fiscal**	**X**	

	FORMATO	**Código: FO-M3-P14-011**
		Versión: 2
Informe de supervisión del contrato o convenio		**Fecha Aprobación: 2025/12/31**

Fecha de pago			**Copia de Tarjeta Profesional del Revisor Fiscal**	**X**	
Valor base de cotización					
Salud			**Certificado de la Junta Central de Contadores del Revisor Fiscal**	**X**	
Pensión					
ARL – Tipo de Riesgo	**ARL**	**RIESGO**	**Periodo de Cotización**	**Periodo Salud**	**Periodo Pensión**
				Septiembre	**Agosto**

Se verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla o certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

6. ESTADO DE LA GARANTÍA

GARANTÍA		**INICIAL**	**MODIFICACIONES (SI APLICA)**
	N°	45-45-101152503	
	FECHA EXPEDICIÓN	24/03/2026	
	ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO	
	FECHA APROBACIÓN	26/03/2026	
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	**N°**		
	FECHA EXPEDICIÓN		
	ASEGURADORA		
	FECHA APROBACIÓN		

INFORMACIÓN GARANTÍA ÚNICA							
AMPAROS	**%**	**VIGENCIA**					
		DESDE			**HASTA**		
		DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
Cumplimiento	**10%**	20	03	2026	10	06	2027
Calidad del bien o servicio	**10 %**	20	03	2026	10	06	2027

7. ANEXOS.

En este espacio se relacionan los anexos del informe que se elabora.
Ejemplos:

- Acreditación de paz y salvo de seguridad social integral.
- Planillas de pago de seguridad social integral.
- Auto-certificación del Contratista
- Cedula de Ciudadanía y Tarjeta Profesional del Contador.

2026020005335
Fecha Radicado: 2026-09-30 16:57:45

	FORMATO	**Código: FO-M3-P14-011**
		Versión: 2
Informe de supervisión del contrato o convenio		**Fecha Aprobación: 2025/12/31**

Atentamente,

Jenny Molina

JENNY ANDREA MOLINA RUIZ

SUPERVISOR