INFORME DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION.

1. INFORMACIÓN GENERAL	
NÚMERO DE CONTRATO	**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION N.º 028**
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	01 DE MAYO DE 2024
OBJETO	*PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA* DE COMPLEMENTARIEDAD EN PROMOCION Y PREVENCION Y ACTIVIDADES EXTRAMURALES EN E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CERRITO SANTANDER.
CONTRATISTA / REP. LEGAL	**MARIA DEL ROSARIO VARGAS GONZALEZ**
NIT / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.098.130.374 de Cerrito
VALOR	**$6.800.000**
PLAZO	CUATRO (4) MESES
FECHA ACTA DE INICIO	01 DE MAYO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN PROYECTADA	31 DE AGOSTO 2024

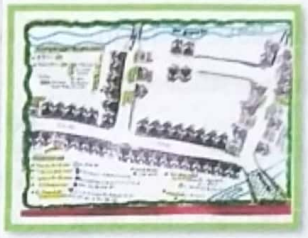
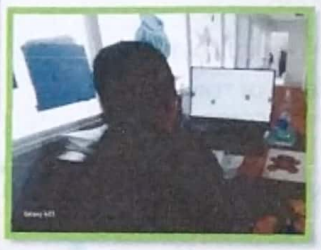
PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL INFORME	01 DE JUNIO AL 30 DE JUNIO DE 2024	
FECHA DE PRESENTACIÓN	28 DE JUNIO DE 2024	
NÚMERO DE INFORME	2	
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**FÍSICA**	**PRESUPUESTAL**
	50%	25%

NOMBRE DEL SUPERVISOR	**CLAUDIA MARCELA RUBIANO MURILLO**
CARGO / CONTRATISTA	ENFERMERA JEFE

2. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

No.	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1.	1. Realizar el Plan de Trabajo mensual del área asignada teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del *municipio, factores* protectores y determinantes en el marco del MODELO DE ATENCION PRIMARIA en coordinación con el profesional de enfermería municipal y el Supervisor, actualizándolo mensualmente según los riesgos encontrados.	1Realice el Plan de Trabajo mensual del área asignada teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del municipio, *factores protectores* y determinantes en el marco del MODELO DE ATENCION PRIMARIA en coordinación con el profesional de enfermería municipal y el Supervisor, actualizándolo mensualmente según los riesgos encontrados.	Realizo cronograma de actividades mensual.

Powered by CamScanner

2.	Elaborar y presentar el mapa de área asignada identificando los factores de riesgo de salud pública a nivel de familia y comunidad y los formatos de clasificación de riesgo por familia.	Elabore y presente el mapa de área asignada identificando los factores de riesgo de salud pública a nivel de familia y comunidad y los formatos de clasificación de riesgo por familia. Se realiza mapa de caracterización de barrio nuevo apoyo al PIC	AZ de trabajo Atención Primaria en Salud 2024. Apoyo al PICse realiza cartografía 
3.	Presentar un informe de análisis de los hallazgos, *utilizando las herramientas* de Atención Primaria en Salud - APS (Familiograma, ecomapa, etc.) más importantes de la aplicación de la ficha.	Presente un informe de análisis de los hallazgos, utilizando las *herramientas de Atención* Primaria en Salud - APS (Familiograma, ecomapa, etc.) más importantes de la aplicación de la ficha. Se realiza familiogramas de apoyo a la caracterizacióndel barrio nuevo del PIC	AZ de trabajo Atención Primaria en Salud 2024. *realizo familiograma de apoyo al* PIC barrio nuevo 
4.	Asistir a reuniones con madres comunitarias y FAMI, presidentes JAC, Lideres de Familias en Acción, Profesores y presentar Actas de reuniones con compromisos	*No se realizo en este periodo*	AZ de trabajo Atención Primaria en Salud 2024.
5.	Presentar informe de las sesiones educativas de salud pública realizadas en su comunidad	Realizo charla de IRAS/ enfermedad respiratoria aguda)comunidad en general	AZ de trabajo Atención Primaria en Salud 2024. Anexo fotos, acta y lista de asistencia 

Powered by CamScanner

6.	Presentar informe mensual de las acciones realizadas por componente de Salud Publicas, PAT, Tuberculosis, Lepra, Cáncer, Crónicas, Nutrición, ETV, Salud Ambiental, Salud Mental prioritariamente la población infantil menor de 5 anos	Se realiza información e salud de lavado de manos en grupo de ICBF	AZ de trabajo Atención Primaria en Salud 2024. (evidencia fotográfica 
7.	Presentar censo de las gestantes de la vereda asignada (actualizarlo bimensualmente)	Realizo demanda inducida de censo para participación de curso preparación para la maternidad y paternidad mensualmente	anexo evidencia fotograficas, listas de asistencia.) az de curso preparación para la maternidad y paternidad mensualmente. 
8.	Presentar informe trimestral de búsqueda activa comunitaria e Investigaciones de campo en las que participa.	Realizo demanda inducida y llamada telefónica para asignación de citas	Cuaderno de citas mensual de citas PYP y cuadro de demanda inducuda sanitas 
9.	Participar en jornadas nacionales de vacunación, evaluación de coberturas y programas dirigidos a la atención de población infantil y presentar soportes de participaci6n en las jornadas de vacunación	No aplica para este periodo	No aplica para este periodo
10.	Presentar soportes de seguimiento y apoyo a los Programas de Promoción y Prevención orientados a la población infantil.	Realice demanda inducida primera infancia	Realice demanda inducida primera infancia 

Powered by CamScanner

11	Presentar informe de Intervención realizado a las Remisiones. (Confrontar las remisiones hechas en campo y las que llegan a la institución)	Realizo llamada telefónica y demanda inducida de depuración de crónicos	Realizo llamada telefónica y demanda depuración planificación familiar 
12	Presentar los soportes de asistencia a los eventos de capacitación convocados por la Enfermera jefe del Hospital.	Capacitación con la Dra. YOLIMA DE ARL colmena	anexo lista de asistencia fotos de capacitación ARL colmena 
13	Asistir permanentemente y dedicar el tiempo necesario en la vereda asignada para dar cumplimiento a las actividades que se contratan y el cumplimiento de las metas que le correspondan, lo cual deberá ser respaldado con la *constancia de permanencia* expedida por el presidente de la Junta de Acción Comunal de la vereda a la que asistió, atendiendo las dificultades de conectividad en el municipio para Llegar a la población objetivo.	No se realiza salida a vereda en esta vigencia Se realiza por llamada telefónica demanda inducida y asignación de citas	realiza por llamada telefónica demanda inducida y asignación de citas y apoyo al PIC a caracterización 
14	Dar cumplimiento a las actividades correspondientes a Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, donde debe demostrar mensualmente que realice) las actividades señaladas en el Anexo N° 01 adjunto al presente documento, donde se pueda *evidenciar el grado de* cumplimiento y por consiguiente el valor a pagar.	Realizo metas por curso de vida demanda inducida.	Realizo metas por curso de vida demanda inducida.

Powered by CamScanner

15	Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población que le ha sido asignada.	Se realiza capacitación de salud mental y resiliencia a población con discapacidad apoyo al PIC	evidencia fotográfica, lista de asistencia, cartelera) se realiza apoyo al PIC 
16	Prestar apoyo cuando se requiera reforzar el servicio asistencial por aumento de pacientes u otros factores que *determinen la* demanda de sus servicios	Apoyo a atención de paciente en el área de promoción y mantenimiento de la salud.	Apoyo a atención de paciente en el área de promoción y mantenimiento de la salud. 
17	Colaborar en la ejecución de los Proyectos de Plan de Salud Pública de acuerdo a la programación realizada por la persona encargada en la E.S.E	Realizo apoyo al PIC caracterización	Realizo apoyo al PIC caracterización
18	Colaborar en la coordinación y participación activa en el Plan de Emergencia Hospitalaria.	Con disponibilidad para apoyo a las festividades del municipio	Se realiza disponibilidad para las ferias del municipio
19	Apoyar el Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI).	No aplico para esta vigencia	No aplico para esta vigencia
20	*Participar en los programas* de capacitación tanto intra coma extramurales	Capacitación de inteligencia artificial por parte de la institución	participo capacitacion de inteligencia artificial 
21	Contar con disponibilidad de turno para el servicio de transporte asistencial básico, cuando no se este en turno en la institución, realizar la disponibilidad desde la residencia	Se realiza traslados asistenciales básicos desde la E.S.E Hospital San Antonio de Cerrito al Hospital Regional de Málaga	Az de papeleria de traslados asistencial basico en el area de urgencia anexo cronograma.

Powered by CamScanner

22	Las demás actividades que le sean asignadas y que conlleven al cumplimiento a satisfacción del objeto contractual	Realizo inventario de ambulancia OSB 212 y JY 420	Realizo inventario de mabulancias 

3. RELACIÓN DE PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES SI APLICA

ITEM	PERÍODO DE PAGO AÑO – MES	FECHA DE PAGO AÑO – MES – DÍA	VALOR PAGADO
PENSIÓN	2024 - 06	25-06-2024	**$208.000**
SALUD	2024 - 06	25-06-2024PP	**$162.500**
RIESGOS PROFESIONALES	2024 - 06	25-06-2024	**$31.700**
PARAFISCALES	-	-	-

1. ANEXOS (PRUEBAS DE LAS EVIDENCIAS REFERIDAS - N° 1 FOLIOS)
Anexo seguridad social mes de ENERO 2024
AZ Plan de trabajo APS 2024
Inventario y actas de Ambulancias ESE, AISLAMIENTO COVID 19.

CONTRATISTA

FIRMA

NOMBRE Y CEDULA
MARIA DEL ROSARIO VARGAS GONZALEZ
C.C. N° 1.098.130.374 DE CERRITO

Original: EXPEDIENTE DEL CONTRATO
Copia: SUPERVISION - CON

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098130374
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA VARGAS GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CERRITO	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CERRITO CENTRO	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4557746556**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999109447	

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 31.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 31.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 402.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 402.200**

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO N° 02

LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CERRITO SANTANDER
NIT: 804.013.228-5

DEBE A:

NOMBRE:	**MARIA EDL ROSARIO VARGAS GONZALEZ**
C.C. N°:	1.098.130.374 CERRITO.
DIRECCION:	*CALLE 4N 5-30 BARRIO SANTANDER*
TELEFONO:	3165658255
CIUDAD:	Cerrito Santander
FECHA:	28 **DE JUNIO DE 2024**

CONCEPTO	VALOR
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE COMPLEMENTARIEDAD EN PROMOCIÓN Y *PREVENCIÓN Y ACTIVIDADES EXTRAMURALES EN LA E.S.E. HOSPITAL* SAN ANTONIO DE CERRITO SANTANDER" según Contrato N° 10 de 2024, correspondientes al periodo comprendido entre el PRIMERO (1) JUNIO al TREINTA (30) DE JUNIO del dos mil veinticuatro (2024).	$1.700.000
TOTAL	$.1.700.000

Atentamente,

MARIA DEL ROSARIO VARGAS GONZALEZ
C.C. N°1.098.130.374 de Cerrito.

Powered by CamScanner