Dando cumplimiento a lo establecido en el Articulo 82 y 83 de lo establecido en la Ley 1474 de 2011 “Estatuto Anticorrupción de 2011”, el subgerente de la ESE Hospital Regional Noroccidental **CARLOS EDUARDO BONILLA DIAZ,** en mi condición de supervisor del contrato de prestación de servicios **# 0280** me permito presentar informe de supervisión en los términos establecidos en la norma antes transcrita:

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO		
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	**DESDE: 31/05/2024** **HASTA: 30/06/2024**	
FECHA DE INFORME DE SUPERVISION	**15/07/2024**	
¿Se reporta algún desempeño deficiente o a mejorar?	**SI**	**NO X**
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE LA CUENTA QUE SE CERTIFICA	**FISICA**	**PRESUPUESTAL**
	100%	**33,3%**
VALOR DEL CONTRATO	$ 23.270.400	
PLAZO	90 DÍAS	
PRORROGA y/o ADICION	NO	
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS INDEPENDIENTES COMO ENFERMERA PROFESIONAL PARA LA CONFORMACIÓN DEL EQUIPO BÁSICO DE ATENCIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA EL CORREGIMIENTO DE CAMPO ALEGRE, PARA LA ESE HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL EN EL MUNICIPIO DE CONVENCION DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN NO. 1841 DE 2013, RESOLUCIÓN NO. 518 DE 2015, RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y RESOLUCIÓN 1895 DE 2023 EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS DE LA RESOLUCIÓN 1895 DE 2023 DESIGNADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.		

ASISTENTES A LA REUNIÓN			
Supervisor:	**CARLOS EDUARDO BONILLA DIAZ– SUBGERENTE**		
Por parte del contratista:	**DIDIER AREVALO SALCEDO,** identificado con cédula de ciudadanía número 1.091.653.021 DE OCAÑA		
Otros asistentes:	NO HUBO		
	NO HUBO		
Lugar donde se realiza la reunión	**ESE HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	**09:00 am**	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**10:30 am**

OBJETIVO DE LA REUNIÓN
Recibo informe de actividades de los días del mes de mayo y junio de 2024, realizadas por parte del contratista durante en el periodo del 31 de mayo al 30 del mes de junio de 2024, en cumplimiento a los establecido en el contrato No**. 0280-2024**

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO	
Actividad /Compromiso	Certificar que el informe de actividades 1 de 3 del presente contrato y demás documentos Cumplan con lineamientos exigidos para el respectivo pago por parte de Gestión Financiera de la ESE Hospital Regional Noroccidental.

1. **INFORME TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO: CUMPLIMIENTO DEL OBJETO:** Se pudo verificar por parte de esta supervisión que respecto del objeto contratado el contratista cumple con los servicios.

   Así mismo y de conformidad a lo pactado en el objeto contractual, se verificó que el contratista cumplió dentro de los plazos establecidos con las actividades previstas.

1.2 GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: para el presente punto se verifico el cumplimiento de las obligaciones generales consignadas en la cláusula del contrato referenciado así:

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	AMEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Actuar con plena eficiencia y responsabilidad desarrollando y/o ejecutando aquellas actividades que sean compatibles con el objeto del contrato				X		
2	En general cumplir con los objetivos, actos, obligaciones orientaciones y prioridades que vayan estableciéndose durante la ejecución del contrato				X		
3	El contratista asumirá por cuenta propia los valores de los gastos por concepto de estampillas, Impuestos Tributarios				X		
4	El contratista estará obligado afiliarse al Sistema General de Seguridad Social y presentar dichas certificaciones para su respectivo pago; y demás gastos que conlleve el cumplimiento del presente contrato				X		

Concepto general del cumplimiento de las obligaciones				**X**		

2. INFORME JURIDICO DEL CONTRATO.

2.1 RELACIÒN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES: Relaciono la planilla de pago de aportes a seguridad social aportada por el contratista para la presente cuenta de cobro de acuerdo al periodo laborado mencionado y los valores. (Se verificará que la planilla descargada y de soporte este el PIN activo y vigente al pago presentado)

MES	MAYO
Entidad de aporte en línea	SOI
Empresa de pensiones	PROTECCION
Valor	$ 15.300
Empresa administradora de salud	COMFAORIENTE
Valor	$ 12.000
Administradora de riesgos profesionales	POSITIVA
Valor	$ 2.400
Valor total de cotización	$ 29.700
N° de Planilla	4558180092
PIN	9999154922
Entidad financiera	BANCOMEVA
Periodo Cotización	MAYO
Fecha de pago	2024/07/02

MES	JUNIO
Entidad de aporte en línea	SOI
Empresa de pensiones	PROTECCION
Valor	$ 448.000
Empresa administradora de salud	COMFAORIENTE
Valor	$ 350.000
Administradora de riesgos profesionales	POSITIVA
Valor	$ 68.300
Valor total de cotización	$ 866.300
N° de Planilla	4558237620
PIN	9999154933
Entidad financiera	BANCOMEVA
Periodo Cotización	JUNIO
Fecha de pago	2024/07/02

2.2 CUMPLIMIENTO RESPECTO A LA AUSENCIA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

De acuerdo a lo preceptuado por la Ley 1474 de 2011, Estatuto anticorrupción y respecto a la manifestación hecha por el contratista bajo la gravedad del juramento,

se constata que el mismo no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad consagradas en la Constitución y la ley.

Que revisado los certificados de Contraloría de fecha **(03/07/2024)** adjunto por el contratista NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL

Que revisado el certificado de Procuraduría de fecha **(03/07/2024)** adjunto por el contratista NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES DISCIPLINARIAS VIGENTES.

2.3 CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES: Relaciono las actividades descritas (en el estudio previo y/o contratos) por el contratista y su respectiva valoración de acuerdo a las obligaciones especiales descritas en el presente contrato de prestación de servicios.

ACTIVIDAD RELACIONADA	OBLIGACIÓN ESPECIAL ASOCIADA	APROBACIÓN
Actividad 1	1. Brindar información sobre la oferta de servicios a que tiene derecho.	**CUMPLE**
Actividad 2	2. Promoción de la afiliación al sistema de seguridad social en salud realizando los trámites correspondientes en coordinación con la Empresa Social del Estado del 100% de la población sin aseguramiento detectada (Soporte: Formato de Solicitud de Afiliación).	**CUMPLE**
Actividad 3	3. Canalización, conforme a los riesgos identificados, la mortalidad evitable y la discapacidad prevenible a la prestación de los servicios de salud de acuerdo a ciclo de vida. (100% de la población captada).	**CUMPLE**
Actividad 4	4. Seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud en su respectiva red de prestación de servicios. (100% de la población captada). Soporte: Historia Clínica y/o Nota de Enfermería.	**CUMPLE**
Actividad 5	5. Promoción y gestión de la articulación de los servicios de salud, sociales y ambientales, entre otros, de acuerdo con las necesidades de la población.	**CUMPLE**

	(Garantizar 1 mesa de trabajo mensual con actores territoriales).	
Actividad 6	6. Socialización de los resultados de la caracterización familiar y del entorno, con las comunidades atendidas. (Garantizar un espacio de socialización con las comunidades atendidas).	**CUMPLE**
Actividad 7	7. Registrar la información de las intervenciones en salud realizadas en el registro administrativo, formatos de historia clínica. Soporte: Matriz de Seguimiento.	**CUMPLE**
Actividad 8	8. Establecer mecanismos o estrategias de comunicación accesible e incluyente con las personas, familias y comunidades, reconociendo sus necesidades de apoyo y ajustes razonables, así como su contexto sociocultural.	**CUMPLE**
Pagos de seguridad social según PLANILLA NUMERO 4558180092 4558237620	**CLAUSULA CUARTA - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** 5) El contratista estará obligado afiliarse al Sistema General de Seguridad Social y presentar dichas certificaciones para su respectivo pago; y demás gastos que conlleve el cumplimiento del presente contrato.	**CUMPLE**

Por lo tanto en mi calidad de supervisor y después de haber verificado cada una de las actividades del informe de actividades 1 de 3 del presente contrato de prestación de servicios y demás documentos aportados por el contratista, la presente cuenta de cobro **CUMPLE** con lineamientos exigidos del objeto contractual y obligaciones especiales para efectos legales para cobro de honorarios el cual es de la suma de **$7.756.800** quedando un VALOR NO EJECUTADO de **$ 15.513.600** como se relaciona en la siguiente tabla de balance financiero:

Compromisos adquiridos		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
Entrega próximo informe de actividades	31/07/2024	DIDIER AREVALO SALCEDO

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
Balance General del Contrato	

Concepto	Valor		Concepto (Anticipo, actas, pagos)	Valor
Valor inicial del contrato	$23.270.400		-	-
Valor Adiciones	$ 0		-	-
Valor Total del Contrato	$23.270.400		-	-
Valor pagado	$ 0		-	-
Valor causado que no se ha pagado	$7.756.800		-	-
Valor total ejecutado	$7.756.800		-	-
Valor no ejecutado	$ 15.513.600		-	-

Esta supervisión certifica que procede al pago generado por valor de **SIETE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTTE ($7.756.800)** correspondiente al pago del presente contrato.

Fecha de la próxima reunión	**31**	**De**	**JULIO**	**De**	**2024**
Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (15)					
QUINCE	días del mes de	**JULIO**		d e	**2024**

EN CONSTANCIA SE FIRMA A LOS 22 DIAS DEL MES DE JULIO DEL 2024

Firma Digital

CARLOS EDUARDO BONILLA DIAZ
Supervisor

DIDIER AREVALO

DIDIER AREVALO SALCEDO
Contratista