**DATOS DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| **PERÍODO DEL INFORME** | 16 DE JULIO AL 15 DE JULIO DEL 2024 |
| **TIPO DE CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| **NUMERO DE CONTRATO** | 498 DEL 2024 |
| **FECHA GENERACIÓN DEL CONTRATO** | 12 DE JULIO DE 2024 |
| **CONTRATISTA** | CLAUDIA PATRICIA PINEDA VEGA |
| **DOCUMENTO** | 37.333.875 |
| **RUBRO PRESUPUESTAL** | 02O-2.4.5.02.08.04 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS<br>03O-2.4.5.02.08.04<br>01O-2.4.5.02.08.04<br>CPC: 93121 |
| **DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.** | 405 DEL 09 DE ABRIL DE 2024 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL No.** | 951 DEL 15 DE JULIO DEL 2024 |
| **VALOR** | DOS MILLONES DE PESOS MCTE ($2.000.000) |
| **FECHA INICIO DEL CONTRATO** | 16 DE JULIO DE 2024 |
| **FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | 15 DE JULIO DE 2024 |
| **OBJETO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A FAMILIAS ASENTADAS EN LOS MICRO TERRITORIOS PRIORIZADOS EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA (OTARE, EL PALMAR, QUEBRADA LA ESPERANZA, LAS CHIRCAS, AGUAS CLARAS, PUEBLO NUEVO Y COMUNA 6) PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1895 DE 2023 EN LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES. |

Para efectos del presente formato informe de supervisión, en adelante la E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES se denominará EL HOSPITAL y, la otra parte, EL CONTRATISTA.

## I. OTROSÍ/SUSPENSIÓN

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ADICION** | SI | | NO | X | **VALOR** | |
| **PRORROGA** | SI | | NO | X | **VIGENCIA** | |
| **MODIFICACIÓN** | FECHA | | | | **ASUNTO** | |
| **SUSPENSIÓN** | SI | | NO | X | **CAUSA** | |
| **FECHA INICIO** | | | **FECHA FIN** | | | |

## II. INFORMACION DEL SUPERVISOR

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR** | **MARIA PAULA CORONEL** |
| **CARGO** | PROFESIONAL UNIVERSITARIA SIAU |
| **NOMBRE SUPERVISOR DE APOYO** | **NAZLY SEPULVEDA CONTRERAS** |
| **CARGO/CONTRATISTA** | MEDICO AUDITOR |
| **NOMBRE SUPERVISOR DE APOYO** | **ERIKA PRATO MARQUEZ** |
| **CARGO/CONTRATISTA** | PROFESIONAL APOYO DE EQUIPOS BASICOS DE LA SALUD |

## III. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

### 1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

#### a. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| **1.** Cumplir con el plazo estipulado para el cumplimiento de requisitos de legalización del contrato, de conformidad al cronograma del proceso. | X | | |
| **2**. Ejecutar el objeto del contrato en los plazos establecidos, haciendo entrega real y material y en condiciones de calidad de los servicios contratados bajo las condiciones técnicas y económicas de acuerdo con su propuesta. | X | | |
| **3.** Enmarcar sus actuaciones dentro del ordenamiento jurídico vigente y obrar con diligencia en la ejecución de los procesos encomendados por EL HOSPITAL. | X | | |
| **4.** Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta **EL HOSPITAL**, por conducto del funcionario que ejercerá la Supervisión. | X | | |
| **5.** Suministrar al Supervisor toda la información requerida para el ejercicio oportuno de su gestión. | X | | |
| **6.** Atender las sugerencias y/o recomendaciones hechas por **EL HOSPITAL**, en cabeza del Supervisor encargado. | X | | |
| **7.** Presentar ante el supervisor del contrato informe técnico escrito mensual de los servicios prestados o de acuerdo a lo requerido. | X | | |
| **8.** Suscribir oportunamente el acta de inicio y el acta de liquidación del contrato, conjuntamente con el/la supervisor/a del mismo, cuando corresponda. | X | | |
| **9.** Utilizar de manera racional los recursos energéticos e hídricos de las instalaciones de **EL HOSPITAL** en el caso que requiera de estos para la ejecución de sus actividades. Queda entendido que no habrá vínculo laboral alguno entre el personal utilizado por **EL CONTRATISTA** y **EL HOSPITAL.** | X | | |
| **10.** Cumplir con el pago oportuno de todos los conceptos asociados prestaciones sociales, seguridad social y parafiscal de todo el personal que ponga a disposición de EL HOSPITAL, para el desarrollo del objeto contractual. | X | | |
| **11.** Presentar la facturación en forma oportuna con todos los soportes requeridos por las instancias de EL HOSPITAL, para el respectivo trámite del pago | X | | |
| **12.** Las demás obligaciones que directa o indirectamente se desprendan | X | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| del objeto y alcance contratado. | | | |

**b. OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA**

| OBLIGACIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Caracterización familiar y del entorno, de acuerdo con el registro administrativo o instrumento que tenga la entidad territorial, considerando los sistemas de seguimiento nominal y otros sistemas de alerta de los cuales se dispone en el territorio para favorecer la gestión de atenciones no prestadas. | X | | |
| De acuerdo con la caracterización; apoyara la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, zonas de orientación escolar, centros de escucha, procesos de educación para la salud dirigida a los colectivos, estrategias de información en salud, procesos de rehabilitación basada en comunidad, entre otros; de acuerdo a las necesidades detectadas, los resultados en salud concertados y las prioridades establecidas en el territorio. | X | | |
| Formulación del plan integral del cuidado primario de acuerdo con los resultados de la caracterización realizada, identificando intervenciones individuales que deben garantizarse por momento de curso de vida y priorizando a la población materno perinatal; valorando riesgos previamente detectados; proyectando procesos de educación para la salud dirigido a las personas y/o a la familia (u otros sujetos colectivos de acuerdo al entorno abordado); definiendo contenidos a abordar en el marco de la información en salud; reconociendo necesidades de gestión intersectorial de acuerdo a necesidades detectadas y oferta territorial; entre otros | X | | |
| Identificación del riesgo individual, familiar y comunitario de la población adscrita, por momento de curso de vida, sexo-genero, etnia y condiciones socioeconómicas y ambientales. | X | | |
| Brindar información sobre la oferta de servicios a que tiene derecho | X | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Promoción de la afiliación al sistema de seguridad social en salud realizando los trámites correspondientes en coordinación con la Empresa Social del Estado | X | | |
| Inducción a la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. Identificar, notificar y gestionar la atención y el control de los eventos de interés en salud pública | X | | |
| Canalización a la institución prestadora de servicios de salud primaria, conforme a los riesgos identificados, la mortalidad evitable y la discapacidad prevenible | X | | |
| Seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud en su respectiva red de prestación de servicios | X | | |
| Promoción de espacios de conciliación, concertación y mediación entre los procesos de salud propia de los grupos étnicos y los actores del SGSSS, cuando aplique | X | | |
| Promoción y gestión de la articulación de los servicios de salud, sociales y ambientales, entre otros, de acuerdo con las necesidades de la población. | X | | |
| Socialización de los resultados de la caracterización familiar y del entorno, con las comunidades atendidas. | X | | |
| Realizar la sistematización y el reporte de información en los registros administrativos establecidos por el Ministerio, los cuales incluyen la caracterización, el plan integral de cuidado primario, la canalización y el seguimiento a los avances del plan. | X | | |

**2. RESULTADO DE EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

De conformidad con lo estipulado en los estudios de conveniencia y oportunidad y según lo indicado en el contrato, el contratista, dio cumplimiento al objeto contratado, su alcance y las obligaciones.

Se evidencia que existen los informes periódicos a cargo del contratista, así como, los informes responsabilidad de la supervisión, los cuales se encuentran cargados en la plataforma de SECOP II.

**3. BALANCE FINANCIERO**

| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$2.000.000** |
| **2.** | **+** VALOR ADICION (si aplica) | **$0** |
| **3.** | **= VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$2.000.000** |
| **4.** | +VALOR FACTURADO PERIODO DE EJECUCION<br>16 DE JULIO – 15 DE JULIO DE 2024 | $2.000.000 |
| **5.** | **=TOTAL VALOR EJECUTADO** | **$2.000.000** |
| **6.** | **(3-5)=TOTAL VALOR POR EJECUTAR A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME** | **$0** |

**4. CONCEPTO DEL SUPERVISOR SOBRE EL CUMPLIMIENTO GENERAL DEL OBJETO DEL CONTRATO**

En calidad de supervisor(es) del Contrato designado(s) por EL HOSPITAL, se verificó que, respecto del objeto contratado, su alcance y las actividades ejecutadas, existe cumplimiento de las mismas por parte de EL CONTRATISTA.

**5. RESULTADO DE LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO**

Una vez constatado y descrito el cumplimiento del objeto contratado por parte del CONTRATISTA, el cumplimento es:

| Estado del Desarrollo del Contrato | SI | NO |
|---|---|---|
| SATISFACTORIO | X | |
| NORMAL | | |
| REQUIERE AJUSTE | | |

- **Recomendaciones o sugerencias acerca del desempeño del contratista:**

A la fecha de la realización del presente informe, no hubo recomendación u observación alguna por parte de la supervisión.

**6. FUENTES DE VERIFICACION A CONSULTAR EN RELACION AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO**

- Expedientes contractuales cargado en la plataforma SECOP II.
- Informe de actividades (si aplica)
- Seguridad Social JULIO-AGOSTO No. Planilla 4565989875-4562174307
- Cuenta de cobro No.1 correspondiente al periodo de julio-agosto
- Entrada a Almacén (No aplica)

**7. INFORME PARCIAL O FINAL DE SUPERVISION**

Teniendo en cuenta las obligaciones derivadas del contrato, en el marco de las funciones asignadas en el artículo 38 del Estatuto de Contratación de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares, adoptado mediante Acuerdo No 004 de 2014 y modificado por Acuerdo No 007 de 2022 del 10 de noviembre, me permito:

**Certificar que:**

Que, en desarrollo de mi función de supervisión, he elaborado oportunamente y subido a la plataforma de SECOP II todos los informes y documentos producidos con ocasión de la ejecución del contrato donde se visualiza el cumplimiento del objeto del contrato.

Así mismo, se verificó y constató que el contratista presentó las planillas que acreditan el pago de aportes de salud, pensión y riesgos laborales de acuerdo con las normas vigentes y con las demás obligaciones fiscales del orden regional y nacional. La cual está cargada anexa en la cuenta de cobro correspondiente al periodo.

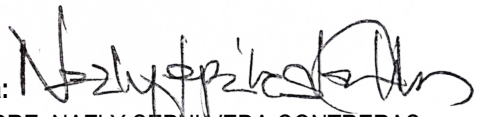
Se firma el presente formato de informe de supervisión por quienes en la misma intervienen, en el mes de agosto de 2024.

Supervisor,

**Firma:** 

NOMBRE: MARIA PAULA CORONEL
**Cargo:** PROFESIONAL UNIVERSITARIA SIAU
**N° Documento:** 1.098.741.808

Supervisor de apoyo,

**Firma:** 

NOMBRE: NAZLY SEPULVEDA CONTRERAS
**Cargo:** MEDICO AUDITOR
**N° Documento:** 37.333.085

Supervisor de apoyo,

**Firma:** 

NOMBRE: ERIKA PRATO MARQUEZ
**Cargo:** PROFESIONAL APOYO DE EQUIPOS BASICOS DE LA SALUD
**N° Documento:** 1.090.392.627