INFORME PARCIAL	X	INFORME FINAL	

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO									
FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME				Día	Mes	Año	NÚMERO DE INFORME	002	
				25	07	2024			
PERIODO DE REPORTE DEL INFORME	JUNIO 2024.								
TIPO DE CONTRATO	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO.								
N° CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA	CD 003 – 2024.								
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ESE HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ.**								
IDENTIFICACION CONTRATISTA (NIT o CC):	**800.014.884-7**								
REPRESENTA LEGAL DEL CONTRATISTA:	**JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO.**								
IDENTIFICACION REPRESENTANTE LEGAL:	**3.558.000.**								
OBJETO DEL CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (P.I.C) CON LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIAEN SALUD, ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD EN CUMPLIMIENTO, DESARROLLO Y EJECUCIÓN EN EL MUNICIPIO DE YONDÓ ANTIOQUIA.								
ACTA DE INICIO	SI	X	N/A		FECHA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO			Día	Mes	Año
								10	04	2024
FECHA DE INICIO	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO + ADICIONAL				Día	Mes	Año
	10	04	2024							
FECHA TERMINACION	Día	Mes	Año	FECHA TERMINACIÓN + ADICIONAL				Día	Mes	Año
	09	09	2024					-	-	-
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 130.327.236			FORMA DE PAGO	SEGÚN EJECUCIÓN					
VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO	0,00			FORMA DE PAGO						
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$ 130.327.236			FORMA DE PAGO	SEGÚN EJECUCIÓN					
Certificado Disponibilidad Presupuestal Inicial N°	SHM0000143, SHM0000144, SHM0000145, SHM0000146, SHM0000147, SHM0000148, SHM0000149, SHM0000150,			Certificado Disponibilidad Presupuestal Inicial N°						

NOTA: Este formato aplica para todos los contratos y convenios del Municipio de Yondó.

	SHM0000151, SHM0000152, SHM0000153, SHM0000154		
Registro Presupuestal Inicial Nº	SHM0000368, SHM0000369, SHM0000370, SHM0000371, SHM0000372, SHM0000373, SHM0000374, SHM0000375, SHM0000376, SHM0000377, SHM0000378, SHM0000379,	**Registro Presupuestal Adicional Nº**	

2. SUPERVISIÓN O INTERVENTOR	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	MARLON ORLANDO MARTINEZ LEÓN
CARGO	SECRETARIO DE SALUD

3. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

3.1. VERIFICACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL							
NUMERO DE PLANILLA				**No. XXXXXXXXX**			
Fecha de Pago de la Panilla:	**MES**		**DIA**		**AÑO**	2024	
Ingreso Base de Cotización (IBC):							
Periodo Cotizado	**De**	**MES**		**DIA**		**AÑO**	2024
	Hasta	**MES**		**DIA**		**AÑO**	2024

Concepto	**Valor Aporte**	**Valor Intereses**	**Valor Total**
Salud	0,00	0,00	0,00
Pensión	0,00	0,00	0,00
ARL	0,00	0,00	0,00
TOTALES	**0,00**	**0,00**	**0,00**

NOTA: Anexo certificación de aportes a seguridad social, firmado por gerente y contador de la ESE Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)

CERTIFICO que cumplí con la política del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) del MUNICIPIO DE YONDO, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y	**SI**	**X**
	NO	

NOTA: Este formato aplica para todos los contratos y convenios del Municipio de Yondó.

todos sus servidores públicos y contratistas, así como adoptar las disposiciones legales e internas para el cumplimiento del (SG-SST).		

3.2 OBLIGACIONES ESPECIFICAS Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS

DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL	
1) Taller educativo dirigido a la comunidad del sector las Vegas y Nueva Esperanza sobre adecuadas condiciones sanitarias 2) Taller educativo dirigido a las comunidades de las veredas San Miguel del Tigre y SanLuis Beltran sobre la importancia del cuidado y consumo del agua.	**SOPORTES O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES** -Evidencias fotográficas -Listados de asistencia -Informe técnico
DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	
1) Taller alusivo a la prevención de Diabetes y enfermedades renales y dislipidemias, factores de riesgos, síntomas y tratamiento en las veredas San Luis Beltrán; San Francisco, San Miguel del tigre y área urbana del Municipio 2) Jornada Educativa Sobre Buenos Hábitos en Salud Oral 3) Visitas casa a casa para informar y educar en realización de autoexamen de mama a fin de diagnóstico precoz de cáncer de mama y cuello uterino y promoción de examen de próstata 4) Establecer equipos de Actividad Física previa valoración nutricional en el área urbana del municipio con grupos poblacionales: Pacientes con enfermedades crónicas, gestantes, niños, adolescentes y jóvenes, adultos jóvenes para el manejo del tiempo libre. Esta actividad la realizará una persona con experiencia en el desarrollo de actividades física.	**SOPORTES O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES** -Evidencias fotográficas -Listados de asistencia -Volante educativo -Anexo técnico
DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	
1) Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia. Se realizará en el área urbana 2) Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual. (menores consumidores e infractores)	**SOPORTES O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES** -Evidencias fotográficas -Listados de asistencia -Anexo técnico

NOTA: Este formato aplica para todos los contratos y convenios del Municipio de Yondó.

3) Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general.	
DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	
1) Estrategia IAMI operando seguimiento de los 10 pasos 2) Encuentro educativo para promocionar la alimentación con buen trato a los padres de familia de los 14 hogares comunitarios del municipio de Yondó	**SOPORTES O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES** -Evidencias fotográficas -Listados de asistencia -Anexo técnico
DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	
1) Entrega de volantes dirigidos a la prevención del VIH, tratamiento y prueba voluntaria 2) Taller educativo para promoción del adecuado ingreso a programas de planificación familiar 3) Tamizaje de prueba voluntaria de VIH con el fin de prevenir ETS	**SOPORTES O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES** -Evidencias fotográficas -Listados de asistencia -Anexo técnico
DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	
1) 1 Canalización mensual en zona rural y 1 en zona urbana en la búsqueda de susceptibles del programa Ampliado de Inmunización en el Municipio 2) Asegurar el transporte exclusivo para el traslado de vacunas e insumos del programa 3) Talleres de prevención de TB, Lepra, síntomas tratamientos en las veredas San Francisco, San Luis Beltrán, San Miguel del Tigre y área urbana	**SOPORTES O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES** -Evidencias fotográficas -Listados de asistencia -Anexo técnico
DIMENSIÓN TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	
1) Información en salud sobre derechos y deberes de los usuarios a los servicios de salud, y promoción en la afiliación 2) Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención.	**SOPORTES O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES** -Evidencias fotográficas -Listados de asistencia -Anexo técnico
DIMENSIÓN SALUD PUBLICA EMERGENCIAS Y DESASTRES	
1) Taller educativo de trabajadores del sector salud	**SOPORTES O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES**

NOTA: Este formato aplica para todos los contratos y convenios del Municipio de Yondó.

para la socialización del reglamento sanitario y manejo de emergencias en los eventos de ETA (Enfermedades transmitidas por Alimentos) Y ALGORITMO DE dengue	-Evidencias fotográficas -Listados de asistencia -Anexo técnico

3. VALOR A PAGAR

LA SUMA DE $	$ 43.351.671,60			
VALOR EN LETRAS	CUARENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SETENTA Y UN PESOS CON SESENTA CENTAVOS MLC			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	168527315			
BANCO	BANCO DE BOGOTA			
TIPO DE CUENTA	**AHORROS**		**CORRIENTE**	**X**

4. OBLIGACIONES GENERALES

- Como contratista responsable de la ejecución del contrato ya indicado, certifico que he cumplido a cabalidad y de manera puntual con todas y cada una de las obligaciones generales establecidas.
- De no haber cumplido una en especial, indicarlos y justificarlos el porqué del incumplimiento.
- **Las demás establecidas dentro del contrato**

Cualquier novedad o anomalía presentada en la ejecución del contrato debe ser comunicada al supervisor

5. OBSERVACIONES

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
C.C.: 3.558.000
Correo electrónico: gerencia@hospitalyondo.gov.co

JAVIER GAMARRA C

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOTA: Este formato aplica para todos los contratos y convenios del Municipio de Yondó.