## I. DATOS DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **PERÍODO DEL INFORME** | DE SEPTIEMBRE DE 2024 |
| **TIPO DE CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| **NUMERO DE CONTRATO** | 631 DE 2024 |
| **FECHA GENERACIÓN DEL CONTRATO** | 10 DE SEPTIEMBRE DE 2024 |
| **CONTRATISTA** | GEARGE VERJEL MACHADO |
| **DOCUMENTO** | 1.091.663.213 |
| **RUBRO PRESUPUESTAL** | 01O-2.4.5.02.08.04 CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CÓDIGO CPC:93121 |
| **DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.** | 794 DEL 01 DE AGOSTO DE 2024 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL No.** | 1260 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2024 |
| **VALOR** | DIECISIETE MILLONES DE PESOS MCTE ($17.000.000) |
| **FECHA INICIO DEL CONTRATO** | 16 DE SEPTIEMBRE DE 2024 |
| **FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | 18 DE DICIEMBRE DE 2024 |
| **OBJETO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS) EN LO PERTINENTE A LA DIMENSIÓN LEPRA Y TUBERCULOSIS COMO LO INDICA EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°CL-158-2024 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN CALIXTO Y LA ESE HEQC. |

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.

## II. OTROSÍ/SUSPENSIÓN

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

## III. INFORMACION DEL SUPERVISOR

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR** | **HOLGER SANTOS MALDONADO** |
| **CARGO** | **SUBGERENTE CIENTIFICO** |
| **NOMBRE SUPERVISOR DE APOYO** | |
| **CARGO/CONTRATISTA** | |

## IV. 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 del objeto y alcance contratado. | X | | |

**b. OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA**

| OBLIGACIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Realizar un plan de medios ( 200 cuñas radiales,10 infograficas sobre la tuberculosis y 1.000 volantes , informando sobre mecanismos de transmisión, prevención, detecciónteprana designos y sintomas y tratamiento oportuno. | x | | |
| Realizar tres (3) talleres en la zona urbana y siete ( 7) talleres en zona rual dirigidos a la población de zonas vulnerables y a la población de alto riesgo ( enfermedades crónicas, adulto mayor) para educar sobre mecanismos de transmisión, prevención, detección y tratamiento de la tuberculosis, generando procedimientos de canalización de personas o familias que requieran atenciones individuales, que incluya acciones demostrativas, modelaje de situaciones y generando mensajes clave | | | EN PROCESO DE EJECUCION |
| Realizar busqueda de sintomaticos de piel en zonas de riesgo ( comedores del adulto mayor, lugares de hacinamiento,invasiones poblacionales, carceleso estaciones de policia, zonas dehabitantes de calle ) de los casos de tuberculosis en el municipio de r. | | | EN PROCESO DE EJECUCION |
| Realizar busqueda activa en 3 zonas ( comedores del adulto mayor, lugares de hacinamiento,invasiones poblacionales, carceleso estaciones de policia, zonas dehabitantes de calle ) de los casos de tuberculosis en el municipio de r. | | | EN PROCESO DE EJECUCION |
| Realizar un plan de medios ( 200 cuñas radailes , 10 infograficas. 1000 volantes, sobre la enfermedad de Hansen (lepra),1 pendon , informando sobre mecanismos de transmisión, prevención, detección temprana de signos y sintomas y tratamiento oportuno. | | | EN PROCESO DE EJECUCION |
| Realizar tres (3) talleres sobre la enfermedaddeHansen en la zona urbana y siete ( 7 )en zona rural dirigidos a la población de zonas vulnerables y a la población de alto riesgo ( enfermedades crónicas, adulto mayor) para educar sobre mecanismos de transmisión, prevención, detección y tratamiento lepra , generando procedimientos de canalización de personas o familias que requieran atenciones individuales, que incluya acciones demostrativas, modelaje de situaciones y generando mensajes clave | | | EN PROCESO DE EJECUCION |

## 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** | **$17.000.000** |
| **2.** | **ADICION** | **$0** |
| **3.** | **= VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$17.000.000** |
| **4.** | +VALOR FACTURADO PERIODO DE EJECUCION<br>DE SEPTIEMBRE DE 2024 | $5.666.666 |
| **5.** | **TOTAL, VALOR EJECUTADO** | **$5.666.666** |
| **6.** | **TOTAL, VALOR POR EJECUTAR A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME** | **$11.333.334** |

## 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 | | |
| NORMAL | X | |
| 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 septiembre No. Planilla **4856321478**
- Cuenta de cobro No. 1 correspondiente al periodo septiembre

- ❖ 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 octubre de dos mil veinticuatro (2024).

Supervisor,

**Firma:**
NOMBRE: HOLGER ALEXIS SANTOS MALDONADO
**Cargo:** SUBDIRECTOR CIENTIFICO
**N° Documento:** 88.234.873