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 # **0076** 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: 01/08/2024** **HASTA: 31/08/2024**	
FECHA DE INFORME DE SUPERVISION	**28/10/2024**	
¿Se reporta algún desempeño deficiente o a mejorar?	**SI**	**NO X**
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE LA CUENTA QUE SE CERTIFICA	**FISICA**	**PRESUPUESTAL**
	100%	**100%**
VALOR DEL CONTRATO	**28.000.000**	
PLAZO	**206 DÍAS**	
PRORROGA y/o ADICION	**NO**	
OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTE COMO TRABAJADORA SOCIAL EN EL MARCO DEL PROCESO DE EJECUCIÓN DE RECURSOS DEL FONDO PARA LA REHABILITACIÓN, INVERSIÓN SOCIAL Y LUCHA CONTRA EL CRIMEN ORGANIZADO (FRISCO), DIRIGIDOS A LA EJECUCIÓN DE PROYECTOS TERRITORIALES PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CAMAD EN EL MUNICIPIO DE CONVENCIÓN, DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO POR LA RESOLUCIÓN 1232 DE 2023, RESOLUCIÓN 518 DE 2015 Y RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
Supervisor:	**CARLOS EDUARDO BONILLA DIAZ– SUBGERENTE**

Por parte del contratista:	**MAGDA LISBETH SANGUINO REYES** identificado con cédula de ciudadanía número 37.372.918 de Convención		
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 Agosto de 2024, realizadas por parte del contratista durante en el periodo del 1 de Agosto al 31 de Agosto 2024, en cumplimiento a los establecido en el contrato No**. 0076-2024.**

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO	
Actividad /Compromiso	Certificar que el informe de actividades 7 de 7 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 verifico 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	A MEJORAR	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	AGOSTO
Entidad de aporte en línea	NEQUI
Empresa de pensiones	PORVENIR
Valor	$ 256.000

Empresa administradora de salud	**NUEVA EPS**
Valor	**$ 200.000**
Administradora de riesgos profesionales	**POSITIVA**
Valor	**$ 39.000**
Valor total de cotización	**$ 495.000**
N° de Planilla	**9471535720**
PIN	**863544884**
Entidad financiera	**NEQUI**
Periodo Cotización	**AGOSTO**
Fecha de pago	**23/08/2024**

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 **(22/10/2024)** adjunto por el contratista NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL

Que revisado el certificado de Procuraduría de fecha **(22/10/2024)** 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	OBLIGACION ESPECIAL ASOCIADA	APROBACION
Actividad 1	Llevar a cabo las actividades en el área rural yurbano definidas en el lineamiento nacional para la implementación de dispositivos comunitarios CAMAD en las fases de alistamiento, plan de acción	**CUMPLE**

	y seguimiento, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada	
Actividad 2	Apoyo al psicólogo en la implementación en colegios del área rural y urbano una "Zona de Orientación Escolar - ZOE" acorde a la resolución 3280 de 2019, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada	**CUMPLE**
Actividad 3 .	Gestionar desde rutas sectoriales, intersectoriales e institucionales la atención integral de la población objeto de acuerdo a las familias designadas por el proyecto de la zona rural y urbana, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada.	**CUMPLE**
Actividad 4	Realizar cartografía de la zona urbana y rural del municipio con directorio telefónico, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada	**CUMPLE**
Actividad 5	Liderar el diseño y la ejecución de las actividades de información, educación, comunicación en salud y gestión del riesgo que se desprendan de la ejecución del plan operativo diseñado para la puesta en marcha de los dispositivos comunitarios de la zona rural y urbana, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada	**CUMPLE**
Actividad 6	Apoyo a los procesos de gestión con la institución del sectores sociales y comunitarios que sean necesarios para el funcionamiento del dispositivo comunitario de la zona rural y urbana, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada	**CUMPLE**
Actividad 7	Realizar los informes que den cuenta de las actividades realizadas en el marco del dispositivo comunitario de la zona rural y urbana, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada.	**CUMPLE**
Actividad 8	Desarrollar los procesos de desarrollo de capacidades definidos al interior del dispositivo comunitario con actores sectorial, sociales y comunitarios de la zona rural y urbana, de acuerdo a	**CUMPLE**

	lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada	
Actividad 9	Apoyar al equipo del dispositivo en la caracterización y análisis de la situación del área de influencia del dispositivo comunitario en salud mental, convivencia y consumo de sustancias psicoactivas en zona rural y urbana, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada.	**CUMPLE**
Actividad 10	Llevar a cabo caracterización de problemáticas sociales y aplicación de pruebas de tamización en salud mental y consumo de sustancias psicoactiva a población rural y urbana, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada	**CUMPLE**
Actividad 11	Apoyar al equipo de la secretaría de salud o de la E.S.E, en la caracterización de la oferta de los servicios de salud y sociales como respuesta institucional y comunitaria a la población orientada a la atención integral e inclusión social de la zona rural y urbana, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada	**CUMPLE**
Actividad 12	Apoyar al equipo de la secretaria de salud o de la E.S.E en los procesos de articulación y coordinación intersectorial, para generar alianzas, acuerdos de gestión, gestión y recursos técnicos y financieros entre otros, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD en zona urbana y rural y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada.	**CUMPLE**
Actividad 13	Transferir conocimiento a la comunidad urbana y rural para la gestión de temas relacionados en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y acceso a servicios de salud y sociales, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada	**CUMPLE**
Actividad 14	Las demás que considere el territorio para lograr el cumplimiento de los objetivos proyectados en zona rural y urbana, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada.	**CUMPLE**

Actividad 15	Apoyo a la gestión de las redes sociales de apoyo y la articulación intersectorial, de forma tal que se garantice una cobertura integral en la atención a las necesidades de la población en riesgo de la zona rural y urbana, de acuerdo a lo establecido por los lineamientos CAMAD y la ESE Hospital Regional Noroccidental o su delegada.	**CUMPLE**
Pagos de seguridad social según PLANILLA NUMERO 9471535720	**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 7 de 7 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 **$4.000.000** quedando un VALOR NO EJECUTADO de **$ 0** como se relaciona en la siguiente tabla de balance financiero:

Compromisos adquiridos		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
ENTREGA DE PROXIMO INFORME DE ACTIVIDADES		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

Balance General del Contrato

concepto	Valor		Concepto (Anticipo, actas,pagos)	Valor
Valor inicial del contrato	$28.000.000		ND-000146	4.000.000
Valor Adiciones	0		ND-000335	4.000.000
Valor Total del Contrato	$28.000.000		ND-000491	4.000.000
Valor pagado	$ 24.000.000		ND-000628	4.000.000
Valor causado que no seha pagado	$4.000.000		ND-000786	4.000.000
Valor total ejecutado	$28.000.000		ND-001092	4.000.000-
Valor no ejecutado	$ 0		-	-

Esta supervisión certifica que procede al pago generado por valor de **CUATRO MILLONES DE PESOS MCTTE ($4.000.000)** correspondiente al pago del presente contrato.

Fecha de la próxima reunión					
Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (28)					
VEINTIOCHO	días del mes de	OCTUBRE		de	2024

Firma digital

CARLOS EDUARDO BONILLA DIAZ
Supervisor

MAGDA LISBETH SANGUINO REYES
Contratista