## I. DATOS DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **PERÍODO DEL INFORME** | DE SEPTIEMBRE DE 2024 |
| **TIPO DE CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| **NUMERO DE CONTRATO** | 635 DE 2024 |
| **FECHA GENERACIÓN DEL CONTRATO** | 11 DE SEPTIEMBRE DE 2024 |
| **CONTRATISTA** | NAYEIRY BOHORQUEZ BAENE |
| **DOCUMENTO** | 1.091.673.118 |
| **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.** | 16 DE SEPTIEMBRE DE 2024 |
| **VALOR** | SIETE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($7.350.000) |
| **FECHA INICIO DEL CONTRATO** | 16 DE SEPTIEMBRE DE 2024 |
| **FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | 11 DE DICIEMBRE DE 2024 |
| **OBJETO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS) EN LO PERTINENTE A LA DIMENSIÓN NO TRANSMISIBLES CRONICAS 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 diez (10) Talleres ludico recreativos (1.lideres comunitarios, 2. lideres de programas familias en acción, 3. jovenes , 2. adulto mayor, 4.victimas de violencia,5. beneficiariso de ICBF , 6.comunidad de barrio( especificar 4 barrios) la zona urbana sobre hábitos saludables, autocuidado y protección en salud , estrategia 4x4. | x | | |
| Realizar cinco (5) talleres a lideres comunitarios urbanos y rurales sobre la prevención y deteccion temprana de los diferentes tipos de cancer (priorizando el cáncer de mama) se sensibiliza sobre la importancia de la realización del autoexamen y la ruta de atención que incluya acciones demostrativas y modelaje de situaciones | | | EN PROCESO DE EJECUCION |
| Ejecutar seis (5) talleres a las madres gestantes de la zona Urbana sobre higiene y cuidado bucal durante el embarazo, proceso de erupción dental en el lactante y hábitos nocivos para la salud oral primera infancia (chupos, entretenedores, otros) que incluya acciones demostrativas y modelaje de situaciones | | | EN PROCESO DE EJECUCION |
| Realizar campaña de salud BUCAL en 4 escuelas priorizadas ,donde se enseñe a los menores la adecuada tecnica de cepillado de manera practica ( suministrar los insumos (1500 Kit de cepillado ) y educando sobre la importancia de los buenos habitos de salud bucal y la prevencion de enfermedades dentales. | | | EN PROCESO DE EJECUCION |
| Realizar dos (4) jornadas de actividad física, rumba terapia, aérobicos, con promoción del uso de la bicicleta, consejería y orientación sobre alimentación sana y equilibrada, respetando los protocolos de bioseguridad, en la zona rural del municipio (corregimientos) | | | EN PROCESO DE EJECUCION |
| Realizar cuatro (4) jornadas de actividad física, rumba terapia, aérobicos, con promoción del uso de la bicicleta, consejería y orientación sobre alimentación sana y equilibrada, respetando los protocolos de bioseguridad, en la zona urbana del municipio | | | EN PROCESO DE EJECUCION |
| Desarrollar campañade tamizaje , durante 1 seman se colocara una casetaen el parqueprincipal o zona priorizada para ofertar toma de tension arteria, glucometria y toma de peso ( IMC, medida decontorno de cintura ) capatandoasi las persobascon posibles riesgos los cuales deben ser canalizados al sistema de salud. ( minimo 500 perosnas ) | | | EN PROCESO DE EJECUCION |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Desarrollo de plan de medios en fomento de habitos de vida saludable y fomento de lasalud bucal, visual yauditiva ( emision de 30 cuñas radiales mensual,infografias, volantes) | | | EN PROCESO DE EJECUCION |
| Desarrollo de tamizaje visualy auditivo a los menores de 4 la escuela priorizada canalizar al sistema de salud garantizar atencion y seguimeitno a estos menores. | | | 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** | **$7.350.000** |
| **2.** | **ADICION** | **$0** |
| **3.** | **= VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$7.350.000** |
| **4.** | +VALOR FACTURADO PERIODO DE EJECUCION<br>DE SEPTIEMBRE DE 2024 | $2.450.000 |
| **5.** | **TOTAL, VALOR EJECUTADO** | **$2.450.000** |
| **6.** | **TOTAL, VALOR POR EJECUTAR A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME** | **$4.900.000** |

**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 3232849949
- 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:**

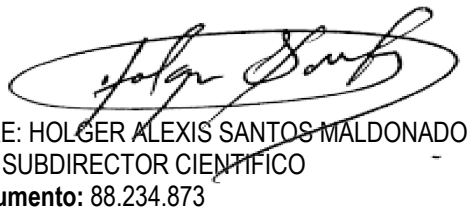
Que, en desarrollo de mi función de supervisión, he elaborado oportunamente y subido a la plataforma de SECOP II todos los informes y documentos producidos con ocasión de la ejecución del contrato donde se visualiza el cumplimiento del objeto del contrato.

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 noviembre de dos mil veinticuatro (2024).

Supervisor,

**Firma:**



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