## I. DATOS DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **PERÍODO DEL INFORME** | DE OCTUBRE DE 2024 |
| **TIPO DE CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| **NUMERO DE CONTRATO** | 421 DE 2024 |
| **FECHA GENERACIÓN DEL CONTRATO** | 30 DE MAYO DE 2024 |
| **CONTRATISTA** | IGNACIO ALBERTO LLANEZ DURAN |
| **DOCUMENTO** | 88.142.074 |
| **RUBRO PRESUPUESTAL** | 00O-2.4.5.02.08.04 CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CÓDIGO CPC:93121 |
| **DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.** | 513 DEL 06 DE MAYO DE 2024 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL No.** | 764 DEL 04 DE JUNIO DE 2024 |
| **VALOR** | TREINTA Y DOS MILLONES PESOS MCTE ($32.000.000) |
| **FECHA INICIO DEL CONTRATO** | 30 DE MAYO DE 2024 |
| **FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | 14 DE NOVIEMBRE DE 2024 |
| **OBJETO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIO DE PROFESIONAL PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS) EN LO PERTINENTE A LA DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL COMO LO INDICA EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO 0265 SUSCRITO ENTRE EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD 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 | X | NO | | **VALOR** | OCHO MILLONES DE PESOS MCTE ($8.000.000)<br>**RUBLO PRESUPUESTAL:** 01O-2.4.5.02.08.04 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CODIGO CPC:93121<br>**DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.** 576 DEL 18 DE JULIO DE 2024<br>**REGISTRO PRESUPUESTAL No.** 1098 DEL 21 DE AGOSTO DEL 2024. |
| **PRORROGA** | SI | X | NO | | **VIGENCIA** | ADICION EN TIEMPO DEL 14 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024 |
| **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 |
|---|---|---|---|
| Identificación de beneficiarios potenciales para el levantamiento de línea base junto con actores relevantes en el Municipio. | X | | |
| Construcción de instrumento de recolección de información que abarque aspectos relacionados sobre imaginarios, realidades y dinámicas sobre: la resiliencia, el afrontamiento, la comunicación en familia, el manejo del duelo, el sentido de vida, la comunicación asertiva y la tolerancia como parte de las condiciones que influyen en el manejo de emociones | X | | |
| Aplicación del instrumento de recolección de información para determinar los factores de riesgo y protectores sobre manejo de emociones y su correlación con la prevención del suicidio a las familias participantes. | X | | |
| Organización y análisis de información recolectada sobre manejo de emociones y su correlación con prevención del suicidio. | X | | |
| Generación de documento con línea base inicial | X | | |
| Preparación documental y generación de contenidos de los ejes temáticos, logrando la sinergia entre los resultados de instrumento aplicado con las estrategias descritas dentro del componente de Promoción de la salud mental y la convivencia de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental del Plan Decenal de Salud Pública: Seis ejes<br>- Eje temático 1: El afrontamiento,<br>- Eje Temático 2: La tolerancia y la resiliencia en la familia<br>- Eje Temático 3: La comunicación asertiva en familia<br>- Eje temático 4: El manejo del duelo<br>- Eje temático 5: El sentido de vida<br>- Eje temático 6: Importancia del manejo de emociones en la prevención del suicidio (abarca presentar la ruta de atención | X | | |
| Diseño de una pieza de comunicación didáctica, por municipio estilo infografía (impresa a full color, tamaño media carta | X | | |
| Validación de la pieza de comunicación con 10% de adolescentes | X | | |
| Elaboración de matrices instruccionales | X | | |
| Realización de 1200 jornadas informativas en total (es decir, siendo 50 hogares por 6 jornadas arroja un total de 300 | x | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| jornadas por el sector rural priorizado, como son 4 sectores las jornadas a lograr resultan de 300 x 4: 1200 jornadas). Mediante una metodología didáctica y dinámica hacia los adolescentes, a través de prácticas como Juegos de roles, aprendizaje colaborativo y recreativo (Para facilitar que la participación y se promueva la integración a la actividad, el equipo de salud se ajustará al horario que se les facilite a los participantes, así pues, cada jornada en hogares será según los días y horas que se concerté). Debe abarcar la aplicación de un Pretest y postest | | | |
| Valoración de cambios, por parte de los adolescentes frente a la línea base inicial, mediante la aplicación de instrumento para tal fin. | X | | |
| Generar un video informativo sobre prevención del suicidio por cada Municipio. Formato MP4 | x | | |
| Entrega de la pieza de comunicación didáctica, estilo infografía (material resistente, impresa a full color, tamaño media carta), que presente información clave de los ejes temáticos y un símbolo de identificación clave de prevención del suicidio a cada adolescente participante en el Municipio. | | | EN PROCESO DE EJECUCION |
| Un Informe detallado del proceso técnico desarrollado sobre la construcción de la estrategia de información en salud y de los logros generados que incluya Memoria fotográfica del proceso. | | | EN PROCESO DE EJECUCION |
| Debe abarcar la descripción de la percepción de las familias priorizadas sobre su participación en el proceso. | | | 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** | **$32.000.000** |
| **2.** | **ADICION** | **$8.000.000** |
| **3.** | **= VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$40.000.000** |
| **4.** | +VALOR FACTURADO PERIODO DE EJECUCION 04 DE JUNIO – 03 DE JULIO DE 2024 | $6.400.000 |
| | +VALOR FACTURADO PERIODO DE EJECUCION 04 DE JULIO – 03 DE AGOSTO DE 2024 | $6.400.000 |
| | +VALOR FACTURADO PERIODO DE EJECUCION 04 DE AGOSTO – 03 DE SEPTIEMBRE DE 2024 | $6.400.000 |
| | +VALOR FACTURADO PERIODO DE EJECUCION 04 DE SEPTIEMBRE – 03 DE OCTUBRE DE 2024 | $6.400.000 |
| | +VALOR FACTURADO PERIODO DE EJECUCION DE OCTUBRE DE 2024 | $7.200.000 |
| **5.** | **TOTAL, VALOR EJECUTADO** | **$32.800.000** |
| **6.** | **TOTAL, VALOR POR EJECUTAR A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME** | **$7.200.000** |

**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 junio No. Planilla 7963014578
- Seguridad Social julio No. Planilla 7963204512
- Seguridad Social agosto No. Planilla 7986885234
- Seguridad Social septiembre No. Planilla 7979289341
- Cuenta de cobro No. 5 correspondiente al periodo octubre
- 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