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 # **0201** 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: 24/07/2024** **HASTA: 21/08/2024**	
FECHA DE INFORME DE SUPERVISION	**02/11/2024**	
¿Se reporta algún desempeño deficiente o a mejorar?	**SI**	**NO X**
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE LA CUENTA QUE SE CERTIFICA	**FISICA** **100%**	**PRESUPUESTAL** **100%**
VALOR DEL CONTRATO	$ 9.027.000	
PLAZO	90 DÍAS	
PRORROGA y/o ADICION	NO	
. **OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS INDEPENDIENTES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA CONFORMACIÓN DEL EQUIPO BÁSICO DE ATENCIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA EL CORREGIMIENTO LA SIERRA, PARA LA ESE HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL EN EL MUNICIPIO DE ÁBREGO DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN NO. 1841 DE 2013, RESOLUCIÓN NO. 518 DE 2015, RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y RESOLUCIÓN 1895 DE 2023 EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS DE LA RESOLUCIÓN 1895 DE 2023 DESIGNADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.**		

ASISTENTES A LA REUNIÓN			
Supervisor:	**CARLOS EDUARDO BONILLA DIAZ– SUBGERENTE**		
Por parte del contratista:	**JULIANA MERCEDES VERJEL ARENAS,** identificado con cédula de ciudadanía número ***1094578522 DE ABREGO***		
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 Julio - Agosto de 2024, realizadas por parte del contratista durante en el periodo del 24 de julio al 21 del mes de agosto de 2024, en cumplimiento a los establecido en el contrato No**. 0201-2024**
VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO

Actividad /Compromiso	Certificar que el informe de actividades 3 de 3 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.

2. **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	AMEJORAR	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**		

3. 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	JULIO
Entidad de aporte en línea	SOI
Empresa de pensiones	PORVENIR
Valor	$ 210.700
Empresa administradora de salud	COOSALUD
Valor	$ 164.600
Administradora de riesgos profesionales	POSITIVA
Valor	$ 32.200
Valor total de cotización	$ 407.500
N° de Planilla	4565777223
PIN	9999730159
Entidad financiera	BANCOOMEVA
Periodo Cotización	JULIO
Fecha de pago	2024/08/21

MES	AGOSTO
Entidad de aporte en línea	SOI
Empresa de pensiones	PORVENIR
Valor	$149.400
Empresa administradora de salud	COOSALUD
Valor	$116.700
Administradora de riesgos profesionales	POSITIVA
Valor	$22.800
Valor total de cotización	$288.900
N° de Planilla	1745370119
PIN	9990328361
Entidad financiera	BANCOOMEVA
Periodo Cotización	AGOSTO
Fecha de pago	11/10/2025

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 **(16/10/2024)** adjunto por el contratista NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL

Que revisado el certificado de Procuraduría de fecha **(16/10/2024)** adjunto por el contratista NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES DISCIPLINARIAS VIGENTES.

3.3 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	1. Apoyar en la caracterización Social-Ambiental, a 100 familias del corregimiento La Sierra del Municipio de Ábrego de acuerdo con el registro administrativo o instrumento que tenga la entidad territorial, considerando los sistemas de seguimiento nominal y otros sistemas de alerta de los cuales se disponen en el territorio para favorecer la gestión de atenciones no prestadas, e identificación del riesgo individual, familiar y comunitario de la población caracterizada, por momento de curso de vida, sexo-genero, etnia y condiciones socioeconómicas y ambientales. Soporte: Caracterizaciones.	**CUMPLE**
Actividad 2	2. Apoyar en la ejecución de intervenciones colectivas de acuerdo con la caracterización; como la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, zonas de orientación escolar, centros de escucha, procesos de educación para la salud dirigida a los colectivos, estrategias de información en salud, procesos de rehabilitación basada en comunidad, entre otros; de acuerdo a las necesidades detectadas, los resultados en salud concertados y las prioridades	**CUMPLE**

	establecidas del corregimiento La sierra del Municipio de Ábrego .	
Actividad 3 .	3. Apoyar en la formulación y ejecución total de los planes integrales de cuidado primario (individual, familiar y comunitario) de acuerdo con los resultados de la caracterización realizada (La cantidad de planes de cuidado individual dependerá de la cantidad de población captada durante el proceso de caracterización, las metas semanales deberá establecerla el Equipo Básico en Salud en el terreno, cuya ejecución no puede ser inferior al 34% mensual de la población captada en el proceso de caracterización social), identificando y garantizando las intervenciones individuales que deben realizarse por momento de curso de vida y a la población materno perinatal, de acuerdo a lo establecido por la resolución 3280 de 2018; valorando riesgos previamente detectados; proyectando procesos de educación para la salud dirigido a las personas y/o a la familia (u otros sujetos colectivos de acuerdo al entorno abordado); definiendo contenidos a abordar en el marco de la información en salud; reconociendo necesidades de gestión intersectorial de acuerdo a necesidades detectadas y oferta territorial; entre otros. La meta de caracterización y plan de cuidado familiar se encuentra establecida en la tabla 2.	**CUMPLE**
Actividad 4	4. Apoyar la identificación del riesgo individual, familiar y comunitario de la población adscrita, por momento de curso de vida, sexo-genero, etnia y condiciones socioeconómicas y ambientales, de acuerdo a las metas establecidas. Soporte: Diseño, ejecución y seguimiento de los Planes de Cuidado, Certificado de Cumplimiento Semanal firmado por la Enfermera Profesional que soporta la participación de la auxiliar en el proceso	**CUMPLE**
Actividad 5	5. Brindar información sobre la oferta de servicios a que tiene derecho.	**CUMPLE**
Actividad 6	6. Promoción de la afiliación al sistema de seguridad social en salud realizando los trámites correspondientes en coordinación con la Empresa Social del Estado. Soporte: Formularios de afiliación escaneados con recibido de Facturación	**CUMPLE**
Actividad 7	7. Inducción a la demanda de servicios de los eventos relacionados con las	**CUMPLE**

	prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. Identificar, notificar y gestionar la atención y el control de los eventos de interés en salud pública. Indicador: El 100% de los eventos de interés en salud pública notificados por el médico general. Soporte: Fichas de notificación	
Actividad 8	8. Canalización, conforme a los riesgos identificados, la mortalidad evitable y la discapacidad prevenible a la prestación de los servicios de salud de acuerdo a ciclo de vida. (100% de la población captada) Soporte: Formatos de canalización a servicios o demanda inducida escaneados	**CUMPLE**
Actividad 9	9. Seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud en su respectiva red de prestación de servicios, la auxiliar de enfermería tendrá a su cargo 25 familias que la enfermera profesional de su equipo le delegará para realizar el acompañamiento y los seguimientos que garanticen el cumplimiento del 100% de los planes de cuidado individual y familiar con un cumplimiento mensual del 34%. Soporte: Matriz de Seguimiento, Formato de Seguimiento Familiar.	**CUMPLE**
Actividad 10	10. Promoción de espacios de conciliación, concertación y mediación entre los procesos de salud propia de los grupos étnicos y los actores del SGSSS, cuando aplique para garantizar a través de la articulación con EAPB, la entrega de tratamientos médicos a los pacientes y autorizaciones que requieran las familias a su cargo.	**CUMPLE**
Actividad 11	11. Promoción y gestión de la articulación de los servicios de salud, sociales y ambientales, entre otros, de acuerdo con las necesidades de la población.	**CUMPLE**
Actividad 12	12. Apoyar al servicio de psicología en la realización de tamizajes en salud mental para la identificación de riesgos en salud mental. Soporte: Certificado de cumplimiento semanal firmado por el servicio de psicología avalando el cumplimiento de dicha actividad.	**CUMPLE**
Actividad 13	13. Socialización de los resultados de la caracterización familiar y del entorno,	**CUMPLE**

	con las comunidades atendidas: Acta de socialización, Listado de Asistencia y Evidencia fotográfica.	
Pagos de seguridad social según PLANILLA NUMERO JULIO – 4565777223 – AGOSTO-1745370119	**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 3 de 3 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 **$3.009.000** 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 próximo informe de actividades	N/A	JULIANA MERCEDES VERJEL ARENAS

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
Balance General del Contrato	

Concepto	Valor	Concepto (Anticipo, actas, pagos)	Valor
Valor inicial del contrato	$9.027.000	ND001061	$3.009.000
Valor Adiciones	$ 0	ND001337	$3.009.000
Valor Total del Contrato	$9.027.000	-	-
Valor pagado	$ 6.018.000	-	-
Valor causado que no se ha pagado	$3.009.000	-	-
Valor total ejecutado	$9.027.000	-	-
Valor no ejecutado	$0	-	-

Esta supervisión certifica que procede al pago generado por valor de TRES **MILLONES NUEVE MIL PESOS MCTTE ($3.009.000)** correspondiente al pago del presente contrato.

Fecha de la próxima reunión	**N/A**	**De**	**N/A**	**De**	**N/A**
Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (02)					
DOS	días del mes de	**NOVIEMBRE**	de	**2024**	

EN CONSTANCIA SE FIRMA A LOS DIECISÉIS (16) DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024

Firma Digital

CARLOS EDUARDO BONILLA DIAZ
Supervisor

JULIANA MERCEDES VERJEL ARENAS
Contratista

CERTIFICO:

Que, en desarrollo de mi función de supervisor, he elaborado oportunamente y verificado cada uno de los soportes que la contratista presento para su aprobación que ella subirá a la plataforma de SECOP II con ocasión de la ejecución del contrato donde se visualiza el cumplimiento del objeto del contrato.

Así mismo, se verificó y constató que la 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