	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FOR-GB-016
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 04
	INFORME DE SUPERVISION	Vigente desde: 23/08/2023

INFORME NÚMERO:	2	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	10/12/2024

GRADO DE RESPONSABILIDAD

MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN ELLA CONTENIDA:

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	CONTRATO	NÚMERO:	1962	FECHA: (dd/mm/aa)	4/06/2024
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD- 2024-CONT-1957
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		HOSPITAL SAN ROQUE ESE COYAIMA TOLIMA		NIT:	890704495-3
VALOR INICIAL:		$ 219.333.333,00		PLAZO INICIAL:	180 DIAS CALENDARIO
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		1778 DEL 29 DE FEBRERO DE 2024		RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	6888 DEL 13 DE JUNIO DE 2024
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		AGUSTIN NUÑEZ ROSALES		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	CONTRATO 1962 del 04 DE JUNIO DEL 2024
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		direccionsaludpublica@saludtolima.gov.co			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		28/06/2024		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	28/06/2024

1.1 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE CESIÓN DE ACTAS DE CESIÓN

CONTRATISTA CEDENTE	N/A	NIT:	N/A
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A	NIT:	N/A

1.2 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE CONTRATOS DE COMISIÓN BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA

CONCEPTO DEL PRESENTE PAGO (Marque con una X según el tipo de pago a realizar)		BENEFICIARIO Y NIT DEL PRESENTE PAGO	ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL QUE RESPALDA EL PRESENTE PAGO Y FECHA
PAGO GASTOS DE COMISIÓN	N/A	N/A	N/A
PAGO REGISTRO EN BOLSA Y SISTEMA DE COMPENSACIÓN Y LIQUIDACIÓN	N/A	N/A	N/A
PAGO DE LA OPERACIÓN NEGOCIO:	N/A	N/A	N/A
OTROS:	N/A	N/A	N/A

1.3 INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, SI APLICA (Adicione filas si es necesario)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT:	POCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

2. INFORMACIÓN SOBRE ACTAS ADICIONALES, MODIFICATORIAS, RESOLUCIONES, ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA)

2.1 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS OTROSÍ, RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL, ETC) Y ACTA DE LIQUIDACIÓN (Si aplica)

(Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2.2 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, OTROSÍ, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL
(Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	VALOR ADICIONADO O DISMINUIDO	PLAZO ADICIONADO O DISMINUIDO	RP y CDP	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2.3 ACTAS DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN (adicione filas si es necesario)

FECHA SUSPENSIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)		FECHA REINICIACIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A

3. INFORMACIÓN BASICA PARA EL PAGO

ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO: (Marque con una X)	NO	SEGÚN CERTIFICACIÓN DE EXPEDIDA POR : (Mencione la Entidad que le otorgó la personería jurídica de ESAL)	N/A
ENTIDAD PUBLICA: (Marque con una X)	SI	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:	PAGO PARCIAL
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	01 DE SEPTIEMBRE DE 2024 - 30 DE OCTUBRE DE 2024	MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	COYAIMA
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)	N/A	FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA: (dd/mm/aa)	N/A
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario)	FE- 275258	FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	2/12/2024

VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y/O PARAFISCALES ART. 50 DE LA LEY 789/02 (Las planillas y meses deben ser coherentes con el período que comprende el presente pago) (adicione filas si es necesario)

PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:		MES DE COTIZACIÓN:	
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	21/10/2024 -. 6/11/2024	MES DE COTIZACIÓN:	Septiembre- Octubre

SI EL CONTRATISTA (persona natural), NO SE ENCUENTRA OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN MARQUE CON UNA X SEGÚN EL MOTIVO QUE CORRESPONDA,INDICANDO EL RESPECTIVO SOPORTE

ES PENSIONADO:	N/A	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	N/A
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	N/A		N/A
NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y TIEMPO COTIZADO:	N/A		N/A

4. INFORMACIÓN CONTABLE

4.1 INFORMACIÓN CONTABLE PARA CONTRATOS DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA, DE PROPIEDAD DEL DEPARTAMENTO

NOMBRE DE LA OBRA:	N/A	VÍA DE SEGUNDO ORDEN:	N/A
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO	VALOR	N/A
	CONSTRUCCIÓN	VALOR	N/A
	MANTENIMIENTO	VALOR	N/A

4.2 INFORMACIÓN CONTABLE PARA ADQUISICIÓN O COMPRA DE INMUEBLES (adicione filas si es necesario)

CONCEPTO	VALOR	DOCUMENTO SOPORTE
TERRENO	N/A	N/A
EDIFICACIÓN	N/A	N/A
MEJORAS	N/A	N/A
OTROS _____	N/A	N/A

4.3 DISTRIBUCIÓN DEL PRESENTE PAGO POR IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (adicione filas si es necesario)			
IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (CÓDIGO PRESUPUESTAL)	No. RP PARA SIIAF	No. RP PARA SPGR	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO
05-515539-2.3.2.02.02.009-0744	6888 DEL 13 DE JUNIO DE 2024		$ 43.866.666,60
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			$ 43.866.666,60

4.4 VALOR PRESENTE PAGO (Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)	
VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO)	$ 109.666.666,50
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	$ 65.799.999,90
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	$ 43.866.666,60
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	$ 43.866.666,60

4.5 BALANCE DEL ANTICIPO (Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)		
VALOR PRESENTE ANTICIPO	$ -	
VALOR ANTICIPOS ANTERIORES	$ -	
VALOR AMORTIZADO EN PAGOS ANTERIORES		$ -
VALOR DE AMORTIZACIÓN EN EL PRESENTE PAGO		$ -
VALOR PENDIENTE POR AMORTIZAR		$ -
SUMAS IGUALES	$ -	$ -

4.6 BALANCE DEL PAGO ANTICIPADO (Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)		
VALOR PRESENTE PAGO ANTICIPADO	$ -	
VALOR PAGO ANTICIPADOS ANTERIORES	$ 65.799.999,90	
VALOR LEGALIZADO EN PAGOS ANTERIORES		$ -
VALOR LEGALIZADO EN EL PRESENTE PAGO		$ 65.799.999,90
VALOR PENDIENTE POR LEGALIZAR		$ -
SUMAS IGUALES	$ 65.799.999,90	$ 65.799.999,90

4.7 BALANCE DEL ACTO CONTRACTUAL POR EL DEPARTAMENTO (Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)		
VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ 219.333.333,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	$ -	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		$ 65.799.999,90
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		$ 43.866.666,60
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ 109.666.666,50
SUMAS IGUALES	$ 219.333.333,00	$ 219.333.333,00

4.8 BALANCE ACTO CONTRACTUAL POR EL COOPERANTE (Si hay más de un cooperante, agregar balances por cada uno de ellos)		
VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ -	
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	$ -	
ANTICIPO CANCELADO		$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ -
VALOR PRESENTE PAGO		$ -
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ -
SUMAS IGUALES	$ -	$ -

5. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO (SEGÚN MINUTA CONTRATO, O SECOP, O CESION PAGO DEBIAMENTE AUTORIZADO POR CONTRATISTA Y ORDENADOR DEL GASTO)

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORRO OFICIAL	42700001251

6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:

Ha cumplido durante el presente periodo, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.
Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) AGUSTIN NUÑEZ ROSALES

FIRMA(s):

NOTA: TODOS LOS CAMPOS DEL INFORME DE SUPERVISIÓN DEBEN SER DILIGENCIADOS, CUANDO ALGÚN ÍTEM NO APLIQUE SE DEBE REGISTRAR "N/A" **EN LOS CAMPOS DEL TEXTO; EN LOS CAMPOS DE CIFRAS O VALORES, CUANDO NO HAYA VALOR SE DEBERÁ REGISTRAR "0"**

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FOR-GB-016
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 04
	INFORME DETALLADO EJECUCION DE ACTIVIDADES	Vigente desde: 23/08/2023

1. RESUMEN TECNICO EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1.1 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA O COOPERANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Presentar a los (10) días calendari siguiente a la firma del Acta de Inicio del contrato un Plan de Trabajo y cronograma de actividades previamente concertado con el supervisor del contrato interadministrativo, en donde se defina los territorios y micro territorios en salud a intervenir, priorizando los asentamientos indígenas en zonas rurales y periurbanas.	En acuerdo con la secretaria de salud Municipal, se realiza la sectorialización del Municipio en (5) Territorios y (34) Micro territorios. De acuerdo con la asignación de recursos por parte de la Gobernación del Tolima se define que los (2) EBS de salud estarán asignados a los Territorios (1) Norte y (2) Oriente, que a su vez están conformados por los microterritorios Gaitán, las Rosas, Centro, Triana, Iqueima, la Esperanza, Lleras, Aprovitec, El Palmar, Almendros, El Obrero, Angares, Canales. Se adjunta de igual manera el cronograma de actividades y Plan de Trabajo propuesto para la operación de los EBS.	Informe de Ejecución Técnico Financiera. Cronograma de actividades Plan de Trabajo	Revisión Documental y Caracterizaciones	
2. Determinar la conformación y operación de los equipos básicos en salud teniendo en cuenta la identificación de las prioridades en salud, para lo cual deberá realizar la planeación técnica y financiera para la operación de los equipos básicos en salud.	Se conforman (2) Equipos Básicos de Salud de acuerdo con los lineamiento del Ministerio de Salud para la fecha del acta de inicio del Convenio quedando conformados así: Equipo 1: Médico (1), Enfermera (1), Odontológa (1), Auxiliares de Enfermeria (3), Psicóloga (1). Equipo 2: Médico (1), Enfermera (1), Psicóloga (1), Auxiliares (3)	Relación de Conformación de los Equipos Básicos, Contratos, Actas de Inicio.	Revisión Documental	
3. Garantizar la ejecución de la totalidad de los recursos bajo los principios de planeación, continuidad, oportunidad, calidad y economía.	Teniendo en cuenta que el Pago Anticipado del (30%) fue recibido el dia 22 de octubre, se procedió de manera inmediata al pago del mes de agosto del personal contratado para los Equipos Básicos de Salud. Dando cumplimiento a la ejecución financiera de los recursos.	Comprobantes de Pago	Revisión Documental	
4. Ejecutar las actividades ajustándose a lo direccionado en el documento denominado: "Lineamiento para el fortalecimiento de la gestión territorial basado en la atención primaria en salud y la conformación y operación de los equipos básicos de salud", dispuesto por la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social; en el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas.	En el mes de agosto se avanzó con el 50% de caracterización de los micro territorios seleccionados para los Equipos Básicos conformados con los recursos de la Gobernación del Tolima. Se anexa informe Técnico de Ejecución donde se amplían las actividades desarrolladas y los indicadores impactados.	Informe de Ejecución Técnico Financiera. Cronograma de actividades Plan de Trabajo	Revisión Documental	

5. Trabajar de manera conjunta con los demás actores del sistema de salud para el reconocimiento de los micro territorios existentes en el municipio donde operarán los equipos básicos en salud, la respuesta a las necesidades en salud de la población atendida por los equipos de salud territoriales y la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, con enfoques diferenciales poblacionales y territoriales y realizarán el seguimiento de los indicadores previstos en el lineamiento	Una vez iniciada la caracterización de la comunidad, se inician las reuniones de apertura y socialización con los presidentes de Juntas de Acción comunal para lograr la articulación con la comunidad y además acercar los servicios sociosanitarios a las familias. De igual manera, se realizan reuniones con la secretaría de salud municipal y otras dependencias y programas sociales del municipio para ampliar la oferta institucional de los Equipos Básicos. A través de las psicólogas se incorporan las rutas para la atención psicosocial a la población y se logra atender solicitudes de personas adultas mayores, con patología mental, abandono, maltrato, violencia y abuso sexual entre otros eventos identificados durante las visitas domiciliarias. Se anexan Actas de apertura y cierre de los barrios e informes de los encuentros realizados con la comunidad.	Actas de reunión, Informe de ejecución de Actividades	Revisión Documental	
6. A través de los Equipos Básicos en Salu que se subsidien complementen o concurran, la ESE deberá: fortalecer las habilidades y capacidades de los grupos familiares o no familiares para el cuidado de sí mismo, del otro y del medio ambiente, la sana convivencia y la protección de cada uno de sus integrantes, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, personas mayores; Promover el ejercicio de la ciudadanía, actuando frente al reconocimiento y la exigibilidad del derecho fundamental a la salud y la participación en los espacios de decisión; Promover el mejoramiento de los ambientes físicos de la vivienda y el entorno, controlar los riesgos asociados a condiciones socioambientales desfavorables y promover los factores protectores para la salud y la calidad de vida. Identificar las condiciones de salud las personas, familias y comunidades en los micro territorios y gestionar la respuesta efectiva en salud a las diferentes modalidades de atención (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina); Articular la oferta de los servicios sociales, conforme al contexto poblacional y acorde con el curso de vida; Desarrollar procesos educativos que faciliten a las personas elegir y adoptar prácticas favorables a la salud, prácticas de cuidado, compañía y desarrollo de vínculos afectivos y sociales positivos para el desarrollo humano.	Una vez definidas y priorizadas las problemáticas en salud del municipio, se articula con el Plan de Intervenciones Colectivas municipal y departamental para el desarrollo de diversas actividades, enfocadas al control de riesgos. • Visitas de inspección y educación en factores protectores a vivienda para eliminación de criaderos del vector del dengue y entrega de kit de limpieza. Se realizan en total 350 inspecciones y entregas de KIT de aseo para las albercas. • Se acompaña la ejecución de la estrategia "Cazando vidas", facilitand sensibilización a (55) adolescentes sobre factores de riesgo y protectores para suicidio e intento de suicidio, además del reforzamiento de herramientas para la vida y capacidad de resiliencia. • En el componente de Salud Oral se ejecuta la estrategia "So Generación más Sonriente", con los estudiantes de las instituciones educativas Alianza y la Paz en donde se intervienen con fluorización (171) escolares y con educación en salud oral y cepillado (313) estudiantes. • Se apoya al municipio en el despliegue de la estrategia de vacunació sin barreras, acompañando la Jornada Nacional de Vacunación y la identificación e inmunización de susceptibles de vacunación. • Se realiza entrenamiento a los EBS en la Ruta de Promoción Mantenimiento de la Salud y en vacunación orientada por el Ministerio de Salud y Protección Social. • Se organizan jornadas de salud masivas en barrios concertados con l comunidad, en articulación con el hospital para acercar la oferta institucional a las personas del municipio. • Se acompaña la ejecución de la jornada de salud canina y felina y l sensibilización sobre la tenencia responsable de mascotas.	Informe de Ejecución de actividades, registro fotográfico, Actas de actividades	Revisión Documental	
7. Presentar informe de ejecución de actividades, técnico y financiero que incluya, los indicadores de desempeño y resultado establecidos, en los lineamientos entregados por el Ministerio de Salud y protección Social.	Se presenta el Informe de ejecución técnica con corte al 30 de agosto, reportando un avance del 50% en las actividades programas en la Estrategia de Equipos Básicos de Salud.	Informe de Ejecución Técnica Financiera	Revisión Documental	

8. Brindar al Ministerio de Salud y Protección Social, a la secretaría de salud departamental, y municipal, la información que se requiera, que dé cuenta, de la ejecución técnica y financiera de los equipos básicos de salud operando."'	Se presenta el Informe de ejecución técnica con corte al 30 de agosto, reportando un avance del 50% en las actividades programas en la Estrategia de Equipos Básicos de Salud.	informe de Ejecución Técnica Financiera	Revisión Documental	
9. Presentar informe de ejecución de actividades, incluyendo el cumplimiento de indicadores de desempeño y resultado de los EBS.	Se presenta el Informe de ejecución técnica con corte al 30 de agosto, reportando un avance del 50% en las actividades programas en la Estrategia de Equipos Básicos de Salud.	Informe de Ejecución Técnica Financiera	Revisión Documental	

1.2 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Ha cumplido durante el presente período, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) : **AGUSTIN NUÑEZ ROSALES**

FIRMA: _____