Villavicencio, 23 de diciembre de 2024

Doctora:
**ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ**
Gerente de Promoción y Prevención
Secretaria de Salud del Meta
Supervisor

**INFORME DE EJECUCION**
**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 2737 DEL 04 DE DICIEMBRE DE 2024**

**OBJETO DEL CONTRATO:** "CONTRIBUIR AL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TECNICAS EN PREVENCION Y DETECCION TEMPRANA DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES DE LAS ALTERACIONES EN SALUD BUCAL VISUAL Y AUDITIVA EN EL DEPARTAMENTO DEL META".

**DESARROLLO DEL CONTRATO:**

1. Me permito hacer entrega del informe de las obligaciones del **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES** No.2737 de 2024 correspondiente al **PRIMER PAGO del DIA 05 de MES DICIEMBRE al DIA 20 de MES DICIEMBRE de 2024.**

2. Actividades desarrolladas de acuerdo a las obligaciones del contrato de prestación de servicios profesionales en mención (descripción por actividades por obligación con sus respectivos anexos, acta, fotografías con fechas).

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBLIGACIÓN N° 1: ENTREGAR PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES QUE INCLUYAN FECHAS, LUGAR Y ACTORES**. | | | |
| **PRODUCTO:** Matriz de seguimiento a actividades diligenciada mensualmente. | | | |
| **SOPORTE:** Cronograma de actividades que incluya acciones para el cumplimiento de las actividades contractuales, fecha de programación y fecha de cumplimiento. | | | |
| **ACTIVIDAD REALIZADA:** Elaboración de plan de trabajo que incluye cronograma de actividades contractuales. | | | |
| **FECHA:** | 05 de diciembre de 2024 | MUNICIPIO: | Villavicencio |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | Oficina de la dimensión Vida Saludable Condiciones No Transmisibles. | | |
| **OBJETIVO:** | Elaborar plan de trabajo de quince (15) días | | |
| **ASISTENTES:** | Referente de programa SBVA y supervisor asignado | | |
| **RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO:** Elaboré plan de trabajo que incluye cronograma de actividades de los quince (15) días. | | | |
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | **Ver Anexo 1.1:** Plan de trabajo | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBLIGACIÓN N° 2: ASISTIR AL 100% DE LAS JORNADAS DE DESARROLLO DE CAPACIDADES BRINDADA POR LA SECRETARIA DE SALUD DEL META EN RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.** | | | |
| **PRODUCTO:** Profesional con inducción recibida por la SSM | | | |
| **SOPORTE:** Certificado Universidad Corporativa | | | |
| **FECHA:** | 6 de diciembre | **MUNICIPIO** | Villavicencio |

| | |
|---|---|
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | N/A |
| **OBJETIVO:** | Participar en cada una de las jornadas de desarrollo de capacidades convocadas por la Secretaría de Salud del Meta acerca de los programas de Salud Bucal, Visual y Auditiva en el marco de la dimensión VSCNT. |
| **ASISTENTES:** | N/A |
| **RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO:** Presentación de documentos, normas, lineamientos y herramientas para el desarrollo efectivo del programa. | |
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | **Ver Anexo 2.1:** Certificado curso. |

**OBLIGACIÓN N° 3: REALIZAR SEGUIMIENTO MENSUAL A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA SOY GENERACIÓN MÁS SONRIENTE O LA ESTABLECIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, ACOMPAÑANDO LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES EN LOS MUNICIPIOS ASIGNADOS.**

**PRODUCTO:**

- Informe mensual de los avances en los municipios que describa productos y metas alcanzadas.
- Informe final, consolidado de avances por ente territorial.

**SOPORTE:** Informes técnicos, matriz de seguimiento diligenciada.

**ACTIVIDAD:** Realicé seguimiento a la implementación de la estrategia Soy Generación Más Sonriente en los municipios y EAPB asignados, abarcando las actividades desarrolladas durante el año 2024.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | 20/12/2024 | MUNICIPIO: | Villavicencio |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | Secretaría de Salud del Meta | | |
| **OBJETIVO:** | Realizar seguimiento a la implementación de la estrategia SGMS en los territorios | | |
| **ASISTENTES:** | Referente de SBVAC municipios | | |

**RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO:** Realicé seguimiento a la implementación de la estrategia Soy Generación Más Sonriente en los municipios y EAPB asignados, valorando las actividades desarrolladas durante los días de intensificación del año 2024. Los municipios reportaron un impacto positivo y favorable frente al año 2023 con un aumento de cobertura en la captación y esquema de fluor y educación en los usuarios de los municipios: Cumaral, El Calvario, Mapiripan, Restrepo, Puerto Concordia, Puerto López, San Juanito.

En cuanto a las EAPB, Capital Salud reportó actividades en los municipios de Barranca de Upía, Cabuyaro, El Calvario, El Castillo, Cumaral, La Macarena, La Uribe, Lejanías, Mapiripán, Mesetas, Puerto Concordia, Puerto Gaitán, Puerto Lleras, Restrepo, San Juan de Arama, San Juanito, Vistahermosa y La Julia, impactando a 1508 usuarios en instituciones educativas.

Asimismo, la ESE Solución Salud reportó acciones en Villavicencio (sedes Recreo y Porfía), Acacías (San José y Bachué), Granada (sede Belén) y Puerto López, alcanzando a 246 usuarios. Por su parte, la ESE Municipal de Villavicencio reportó 83 usuarios atendidos.

En total, las actividades impactaron a 2624 usuarios en todos los cursos del ciclo de vida en el departamento del Meta, consolidando avances significativos en la estrategia.

| | |
|---|---|
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | **Ver Anexo 3.1:** Informe técnico 23200.47.32/111 |

**OBLIGACIÓN N° 4: ACOMPAÑAR Y HACER SEGUIMIENTO A LOS MUNICIPIOS ASIGNADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS “SOMOS TODOS OÍDOS, AMOR POR EL SILENCIO UNA AUDICIÓN SEGURA,” “VEO BIEN APRENDO BIEN” DEL PROGRAMA DE SALUD VISUAL Y AUDITIVA Y COMUNICATIVA EN ARTICULACIÓN CON EL SECTOR EDUCATIVO DEL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **DEPARTAMENTO DEL META. APOYAR EL DESARROLLO DE ACCIONES EN DOS MUNICIPIOS PRIORIZADOS.** | | | |
| **PRODUCTO:** Seguimiento a la implementación de las estrategias “SOMOS TODOS OÍDOS, AMOR POR EL SILENCIO Y UNA AUDICIÓN SEGURA,” “VEO BIEN APRENDO BIEN” | | | |
| **SOPORTE**: Actas de reunión, informes técnicos solicitados, matriz de seguimiento diligenciada | | | |
| **ACTIVIDAD REALIZADA:** Brindé orientaciones y acompañé la implementación de las estrategias “Somos Todos Oídos, Amor por el Silencio. Una Audición Segura” y “Veo Bien, Aprendo Bien”, del programa de salud visual, auditiva y comunicativa, en los municipios de Cumaral y Puerto López. | | | |
| **FECHA:** | 20/12/2024 | **MUNICIPIO** | Cumaral<br>Puerto López |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | Secretaría de Salud del Meta | | |
| **OBJETIVO:** | Acompañar y hacer seguimiento a los municipios en la implementación de actividades que promuevan la detección temprana de alteraciones visuales, auditivas y comunicativas, en el contexto de las estrategias "Somos Todo Oídos," "Amor por el Silencio," y "Veo Bien, Aprendo Bien." | | |
| **ASISTENTES:** | Profesionales de apoyo en salud pública y referente de SBVAC de la SSM | | |
| **RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO:** En el municipio de Puerto López, las actividades de fortalecimiento de capacidades en los componentes de enfermedades no transmisibles (Programas de Salud Bucal, Salud Visual, Salud Auditiva y Comunicativa) fueron lideradas por la entidad territorial departamental, se desarrollaron en la IE Simón Bolívar del área rural, logrando impactar al 100% de su cuerpo docente, compuesto por 13 educadores. Esta institución de carácter público, con oferta académica desde primero de primaria hasta grado 8vo, fue intervenida por parte del referente de SBVA de la secretaria de Salud del Meta y se le socializo al municipio para que articule con la IE y aterrice las acciones de las estrategias, de igual manera se fortalezcan con los programas de APS y EAPB presentes en el territorio, las acciones en el momento no se pueden desarrollar en el entorno educativo debido a que se encuentran en periodo vacacional.<br><br>En el municipio de Cumaral, la entidad territorial recibió la capacitación y socialización sobre las estrategias para poder desarrollarlas en las instituciones educativas del territorio una vez se encuentren operando laboralmente. | | | |
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | **Ver Anexo 4.1:** Acta 23200.73.18/392<br>**Ver Anexo 4.2:** Acta 23200.73.18/393 | | |
| **OBLIGACIÓN N° 5: REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES EN LOS COMPONENTES ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. (PROGRAMAS DE SALUD BUCAL, SALUD VISUAL, AUDITIVA Y COMUNICATIVA SVAC Y MCEVS) AL TALENTO HUMANO DEL SSO, ESTUDIANTES DE ÚLTIMOS SEMESTRES DE ENFERMERÍA Y MEDICINA Y PROFESIONALES DE LAS IPS, DEL DEPARTAMENTO DEL META EN LA ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN SALUD BUCAL Y SVAC** | | | |
| **PRODUCTO:** Informe técnico que describa las capacitaciones realizadas, metodología, pretest, postest, conclusiones y recomendaciones. | | | |
| **SOPORTE**: Pretest, registro de asistencia, Postest, presentación power point, informe ejecutivo con evidencia fotográfica, matriz de seguimiento diligenciada | | | |
| **ACTIVIDAD REALIZADA:** La actividad fue ejecutada en su totalidad (100%) durante los períodos anteriores. | | | |
| **FECHA:** | N/A | MUNICIPIO: | N/A |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | N/A | | |
| **OBJETIVO:** | Fortalecer las competencias de los estudiantes de pregrado y profesionales del departamento del Meta que prestan servicios en los programas de Salud Bucal, Visual, Auditiva y Comunicativa (SBVAC). | | |
| **ASISTENTES:** | Referente de SBVAC | | |
| **RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO**: N/A | | | |

| | |
|---|---|
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | **Anexos: N/A** |

**OBLIGACIÓN N° 6: REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO Y ELABORACIÓN DE INFORME BIMESTRAL DE AVANCE EN LA GESTIÓN DE LOS MUNICIPIOS (CUMARAL, EL CALVARIO, MAPIRIPAN, RESTREPO, PUERTO CONCORDIA, PUERTO LOPEZ, SAN JUANITO) CON LOS PROGRAMAS DE SALUD BUCAL, SALUD VISUAL, AUDITIVA Y COMUNICATIVA (SVAC) EN LOS ENTES TERRITORIALES Y SUS IPS POR MORBILIDAD E IDENTIFICACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS, EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS Y NORMATIVIDAD VINCULADA, INCLUYENDO LAS RUTAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL.**

**PRODUCTO:** 2 seguimientos a los municipios asignados (1 de forma presencial y 1 de forma virtual) drive.

**SOPORTE:** Acta de reunión y/o asistencia técnica, registros de asistencia originales.
Evidencia fotográficas (máx. 2) y matriz de seguimiento a los municipios priorizados

**ACTIVIDAD REALIZADA:** Realice visita de asistencia técnica al Municipio de Puerto López el día 20 de diciembre con el equipo de profesionales del municipio y de la Secretaria de Salud para seguimiento de lineamientos y normatividad frente al programa y de las acciones realizadas en el territorio por parte del municipio.

Realice visita de asistencia técnica al Municipio de Cumaral el día 20 de diciembre con el equipo de profesionales del municipio y de la Secretaria de Salud para seguimiento de lineamientos y normatividad frente al programa y de las acciones realizadas en el territorio por parte del municipio.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | 20 de diciembre | MUNICIPIO: | Puerto López<br>Cumaral |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | Villavicencio<br>Cumaral | | |
| **OBJETIVO:** | • Realizar seguimiento a las actividades relacionadas con los programas e indicadores en los componentes bucal, visual, auditiva y comunicativa (SVAC) por morbimortalidad, en el cumplimiento de los lineamientos y normatividad relacionados con el programa.<br>• Implementar listas de chequeo para la evaluación de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa | | |
| **ASISTENTES:** | Profesionales de ET | | |

**RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO:** Se realizó visita de seguimiento técnico en los municipios de **Cumaral** y **Puerto López**, enfocado en las alteraciones de salud **bucales, visuales y auditivas/comunicativas**, evaluando el cumplimiento de las acciones y estándares establecidos en las listas de chequeo previamente entregadas. Este proceso incluyó la verificación del desarrollo de actividades, el análisis de los avances reportados y la identificación de áreas de mejora para fortalecer la atención y prevención en estas áreas de salud.

El municipio de Cumaral durante el seguimiento de las acciones reportadas soporta mediante los instrumentos entregados los avances realizados en el territorio articulado con los prestadores Hospital de Cumaral y Multisalud la revisión de los programas bucal, visual y auditivo/comunicativo.

Puerto López reporta que realizo seguimiento frente a los programas bucal, visual y auditivo/comunicativo, acciones que se evidenciaron por parte de las IPS Multisalud Obelisco, Multisalud Puerto López, EAPB Jersalud e IPS E.S.E. Hospital de Puerto López, reportan las listas de cheque socializados y adicional la revisión de historias clínicas que realizo el municipio en cada prestador.

| | |
|---|---|
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | **Ver Anexo 6.1:** Acta 23200.73.18/392<br>**Ver Anexo 6.2:** Acta 23200.73.18/393 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBLIGACIÓN N° 7: REALIZAR SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RIAS PARA LOS MUNICIPIOS ASIGNADOS, EN RELACIÓN CON LOS PROGRAMAS DE SALUD BUCAL, VISUAL, AUDITIVA Y COMUNICATIVA (SVAC) Y MCEVS, EN LAS EAPBS (COMPENSAR, SANITAS Y ER SANIDAD POLICIA) PRESENTES EN EL DEPARTAMENTO DEL META, INCLUYENDO EL SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES.** | | | |
| **PRODUCTO:** 1 visita a cada una de las EAPBs asignadas durante el tiempo del contrato | | | |
| **SOPORTE:** Actas de asistencias técnica y Seguimiento, lista de asistencia, evidencias fotográficas, Matriz de Seguimiento | | | |
| **ACTIVIDAD REALIZADA:** Convoqué a las EAPB Compensar, Sanitas, ER Sanidad Policía para brindar asistencia técnica y realizar el seguimiento a la implementación de la RIAS Bucal, Visual, Auditiva y Comunicativa en el departamento del Meta. | | | |
| **FECHA:** | 05/12/2024 | MUNICIPIO: | Villavicencio |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | Secretaría de Salud del Meta | | |
| **OBJETIVO:** | Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación a la implementación de la RIAS relacionados con los programas de Salud Bucal, Visual, Auditiva y Comunicativa (SVAC) y MCEVS en las EAPBs (Compensar, Sanitas y ER Sanidad Policía) presentes en el departamento del meta, incluyendo el seguimiento de los indicadores. | | |
| **ASISTENTES:** | Equipo de referentes de SBVAC de la SSM, referente de gestión del riesgo EAPB Sanitas y Policia Nacional | | |
| **RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO: C**onvoqué a las EAPB Compensar, Sanitas y ER Sanidad Policia, mediante la circular No. 23200.14.01-076, difundida por correo electrónico. Como resultado se contó con la participación exclusiva de la EPS Sanitas y Policía Nacional, entidad a la que le realicé seguimiento a la implementación de la RIAS Bucal, Visual, Auditiva y Comunicativa (SBVAC). Los niveles de cumplimiento alcanzados son: salud bucal 83%, salud visual 79% y salud auditiva y comunicativa 71%. | | | |
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | **Ver Anexo 7.1:** Circular No. 23200.14.01-076 y correo de convocatoria<br>**Ver Anexo 7.2:** Informe técnico 23200.47.32/108 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBLIGACIÓN N° 8: PROMOVER EN LOS MUNICIPIOS ASIGNADOS LA CELEBRACIÓN Y/O CONMEMORACIÓN DE LOS DIAS NACIONALES E INTERNACIONALES DE SALUD PUBLICA RELACIONADOS CON LOS MODOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.** | | | |
| **PRODUCTO:** Informes técnicos según días especiales de los programas asignados. | | | |
| **SOPORTE:** Informe técnico consolidado de los municipios asignados, oficios y/o circulares originales y soportes de envío de la información. | | | |
| **ACTIVIDAD REALIZADA:** Durante el periodo reportado no se presentaron celebraciones y/o conmemoraciones de los días nacionales o internacionales de salud pública relacionados con los modos y estilos de vida saludables. | | | |
| **FECHA:** | N/A | MUNICIPIO: | N/A |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | Secretaría de Salud del Meta | | |
| **OBJETIVO:** | Gestionar y articular con los profesionales de los municipios asignados la realización de actividades para promover acciones de promoción de la salud durante las fechas de las conmemoraciones y/o celebraciones relacionados con las ECNT | | |
| **ASISTENTES:** | N/A | | |
| **RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO: N/A** | | | |
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | N/A | | |

| |
|---|
| **OBLIGACIÓN N° 9: GESTIONAR CON LOS PROFESIONALES DE LOS MUNICIPIOS ASIGNADOS LA RELACIÓN DE LA BAI PARA ALTERACIONES BUCALES, VISUALES Y AUDITIVAS, INTEGRANDO LOS RESPECTIVOS INDICADORES DE FRECUENCIA, CONCENTRACIÓN.** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PRODUCTO:** Informes ejecutivos de BAI, bucal, visual, auditiva y comunicativa, trimestrales para cada municipio | | | |
| **SOPORTE:** Informes ejecutivos, matriz de seguimiento diligenciada | | | |
| **ACTIVIDAD REALIZADA:** N/A | | | |
| **FECHA:** | N/A | MUNICIPIO: | N/A |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | N/A | | |
| **OBJETIVO:** | Gestionar con los municipios el reporte de la BAI de Bucal, Visual y Auditiva. | | |
| **ASISTENTES:** | N/A | | |
| **RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO:** La actividad se encuentra en proceso de planeación para su ejecución y cumplimiento dentro del tiempo establecido del contrato. | | | |
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | N/A | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBLIGACIÓN N° 10: ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES QUE DESDE EL NIVEL NACIONAL Y/O DEPARTAMENTAL (MINISTERIO, INS, SECRETARIA DE SALUD DEL META, COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ETC)…. SE PROGRAME.** | | | |
| **PRODUCTO:** Informe técnico que describa conclusiones y compromisos. | | | |
| **SOPORTE:** Soportes documentales (registro fotográfico). | | | |
| **ACTIVIDAD REALIZADA:** Durante el periodo reportado no se programaron asistencias técnicas y/o reuniones que desde el nivel nacional y/o departamental (Ministerio, INS, Secretaria de Salud del Meta, comité de vigilancia epidemiológica etc) | | | |
| **FECHA:** | N/A | MUNICIPIO: | N/A |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | Secretaría de Salud del Meta | | |
| **OBJETIVO:** | Garantizar la participación durante las reuniones y/o asistencias convocadas desde el nivel nacional y/o departamental | | |
| **ASISTENTES:** | N/A | | |
| **RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO:** N/A | | | |
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | **N/A** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBLIGACIÓN N° 11: REALIZAR UNA MESA TÉCNICA TRIMESTRAL PARA LA EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PARA LAS ALTERACIONES BUCALES, VISUALES, AUDITIVAS Y COMUNICATIVAS, CON REFERENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA PARA LOS PROGRAMAS ASIGNADOS.** | | | |
| **PRODUCTO:** Informe de seguimiento | | | |
| **SOPORTE**: Actas, informe de análisis y o monitoreo, lista de asistencia, consolidado de indicadores. | | | |
| **ACTIVIDAD REALIZADA:** El 20 de diciembre de 2024 me reuní con la referente de vigilancia en salud pública para los programas de SBVA, con el fin de realizar la evaluación del comportamiento de los indicadores epidemiológicos para las alteraciones bucales, visuales, auditivos y comunicativas de los municipios de Cumaral, El Calvario, Mapiripan, Restrepo, Puerto Concordia, Puerto López, San Juanito. | | | |
| **FECHA:** | 20 de diciembre | MUNICIPIO: | Villavicencio |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | N/A | | |
| **OBJETIVO:** | Evaluar el comportamiento de los indicadores epidemiológicos frente a las alteraciones Bucales, Visuales, Auditivas y Comunicativas en el departamento del Meta | | |
| **ASISTENTES:** | Equipo SBVA y referente de vigilancia en salud pública. | | |
| **RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO:** Durante la reunión se cumplió con la finalidad de presentar el seguimiento al comportamiento de los indicadores epidemiológicos relacionados con la alteraciones bucales, visuales, auditivas y comunicativas desde el campo de vigilancia epidemiológica y del programa. | | | |

| | |
|---|---|
| Durante el desarrollo se contó con la participación de la profesional Yehenli Ochoa Bernal, Profesional en Epidemiología Oficina de Vigilancia Secretaría de Salud del Meta y las profesionales del programa salud bucal, visual y auditiva. | |
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | **Ver Anexo 11.1:** Informe técnico 23200.47.32/110. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBLIGACIÓN N° 12 REALIZAR UN INFORME DE AVANCE DE LOS MUNICIPIOS ASIGNADOS, FRENTE A LA CONFORMACIÓN DE REDES SOCIALES, PROMOTORAS DE LA DETECCION TEMPRANA, ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN FRENTE A LAS ALTERACIONES BUCALES, VISUALES, AUDITIVAS Y COMUNICATIVAS.** | | | |
| **PRODUCTO:** Informe por municipios asignado | | | |
| **SOPORTE:** Acta de reunión, lista de asistencia | | | |
| **ACTIVIDAD REALIZADA:** N/A | | | |
| **FECHA:** | N/A | **MUNICIPIO** | Villavicencio |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | N/A | | |
| **OBJETIVO:** | **C**onformar redes sociales, promotoras de la detección temprana, atención y rehabilitación frente a las alteraciones bucales, visuales, auditivas y comunicativas. | | |
| **ASISTENTES:** | N/A | | |
| **RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO:** La actividad se encuentra en proceso de planeación para su ejecución y cumplimiento dentro del tiempo establecido del contrato. | | | |
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | **Ver Anexo:** **N/A** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBLIGACIÓN N° 13 REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES E INFORMES QUE LE ASIGNE EL SUPERVISOR RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y LAS REQUERIDAS POR LA SECRETARÍA DE SALUD DEL META Y EL MSPS** | | | |
| **PRODUCTO:** Documentos y o demás productos requeridos | | | |
| **SOPORTE:** Acta de reunión, lista de asistencia, registro fotográfico | | | |
| **ACTIVIDAD REALIZADA:** Realicé acompañamiento al Taller de Salud Bucal a personal de salud en el municipio de Villavicencio, Meta.<br>Realicé acompañamiento al Taller de Salud Visual, Auditiva y comunicativa a personal de salud en el municipio de Acacias, Meta | | | |
| **FECHA:** | 12/12/2024<br>13/12/2024 | MUNICIPIO: | Villavicencio<br>Acacias |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | Secretaría de Salud del Meta | | |
| **OBJETIVO:** | Apoyar en la ejecución de otras actividades relacionadas con el objeto del contrato, así como aquellas solicitadas por la Secretaría de Salud del Meta (SSM) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). | | |
| **ASISTENTES:** | Talento humano en salud del departamento del Meta, líderes comunitarios, equipo de referentes de SBVAC de la SSM | | |
| **RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO:**<br>12 y 13/12/2024: Realicé acompañamiento al taller de Salud Bucal a personal de salud en el municipio de Villavicencio, Meta y al Taller de Salud Visual, Auditiva y Comunicativa con a personal de salud en la ciudad de Acacias el día 13 de diciembre y en Villavicencio el día 12 de diciembre de 2024. Este espacio tuvo como objetivo fortalecer la atención primaria en salud visual, auditiva y comunicativa, con un enfoque en el desarrollo de capacidades de líderes sociales, grupos comunitarios organizados y otros actores clave; representando un avance significativo en la consolidación de redes sociales destinadas a la detección temprana, atención integral y rehabilitación de alteraciones visuales, auditivas y comunicativas, promoviendo una intervención articulada y efectiva en el territorio del departamento del Meta. | | | |

| | |
|---|---|
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | **Ver Anexo 13.1:** Registro fotográfico<br>**Ver Anexo 13.2:** Registro fotográfico |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBLIGACIÓN N° 14: HACER ENTREGA DE ARCHIVO DOCUMENTAL DE LA DIMENSIÓN DE VSCNT, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL SGD DE LA GOBERNACIÓN DEL META Y LAS TRD.** | | | |
| **PRODUCTO:** Archivo documental físico y digital | | | |
| **SOPORTE:** Documentos y carpetas debidamente archivadas, foliadas y formatos del inventario documental diligenciados según el SGD de la Gobernación del Meta., entregadas en cada periodo contractual | | | |
| **ACTIVIDAD REALIZADA:**<br>• Entregue archivo documental correspondiente al periodo comprendido entre el 11 de octubre y 10 de noviembre de 2024. La documentación se proporciona en formato físico y digital a través del enlace drive: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1WhEJ33ThU7sj93b-RNlEsGlmJLW171QZ/edit?gid=1515954377#gid=1515954377 | | | |
| **FECHA:** | 20/12/2024 | **MUNICIPIO**: | Villavicencio |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | Gobernación del Meta | | |
| **OBJETIVO:** | Hacer entrega de archivo documental de la dimensión de VSCNT, de acuerdo con los lineamientos del SGD de la gobernación del Meta y las TRD. | | |
| **ASISTENTES:** | Referente SBVAC, Supervisor | | |
| **RESULTADO DE LA ACTIVIDAD O COMPROMISO:**<br>• Entregue documentos correspondientes a las asistencias técnicas, informes técnicos y actas de reunión de manera física en la oficina de la Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles | | | |
| **SOPORTE PRESENTADO POR EL CONTRATISTA:** | Actas e informes técnicos entregados | | |

**Artículo 3.2.7.5 del Decreto 780 de 2016 modificado por el Decreto 1273 de 2018, en relación con el pago y retención de aportes al Sistema de Seguridad Integral y Parafiscales.**

**Nota: Esta información debe estar en el informe del contratista.**

**El contratista:**

| Concepto | Si | No | Detalle |
|---|---|---|---|
| **1.** ¿Ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para la pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones? | | **x** | Si su respuesta es Sí, adjunte certificación. |
| **2.** ¿Cotiza por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos? | | **x** | |
| **3.** ¿La totalidad de los ingresos mensuales son iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes, producto de los ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos? | | **x** | |
| **4.** ¿El valor total de sus IBC es superior a 4 salarios mininos mensuales legales vigentes? | | x | Si su respuesta es Si, adjuntar el pago del fondo de solidaridad pensional FSP |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **5.** | ¿Cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales? | | **X** | |
| **6.** | ¿Efectúa aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato? | | **x** | |
| **7.** | ¿Pertenece a un Régimen Especial o de Excepción en salud? | | **X** | |
| **8.** | ¿Cotiza a salud de manera directa a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de conformidad con lo establecido por el Articulo 2.1.13?5?. | | **X** | |
| **9.** | ¿Efectúa de forma voluntaria aportes a una Caja de Compensación Familiar? | | **X** | |
| **10.** | ¿Realiza aportes voluntarios a pensión? | | **X** | |

Se dio cumplimiento al pago de los aportes de Salud, Pensión y ARL del **mes de diciembre de 2024.** En conformidad con lo establecido por la ley. Cordialmente:

ANEXOS: Son entregados por medio magnético.

**FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES**
Contratista -**CPS No 2737 de 2024.**