INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA FINAL

TIPO DE CONTRATO:	**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO**
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.6355461 del 22 de mayo de 2024
CONTRATISTA:	**ESE HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES**
Nit o C.C. No.	800064543
OBJETO:	IDENTIFICAR, FORTALECER Y CONFORMAR REDES COMUNITARIAS CON ENFOQUE ENGAGE TB EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTADER ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO PREVENCION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS Y HANSE EN SANTANDER.
VALOR INICIAL:	$33.435.186,50
VALOR ADICIONAL:	$0.00
PLAZO INICIAL:	SEIS (6) MESES
PLAZO ADICIONAL:	No aplica
SUPERVISOR:	**MAGDA LILIANA BERMON ANGARITA**
Acto Administrativo de Supervisión:	22 DE MAYO DE 2024
INTERVENTOR:	No aplica
Acto Administrativo de Interventoría:	No aplica
FECHA DE INICIACIÓN:	04 DE JUNIO 2024

ACTAS DE SUSPENSIÓN

ACTAS DE REINICIO

FECHA DE TERMINACIÓN:	03 DE DICIEMBRE 2024

OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

VALOR A PAGAR:	$33.435.186,50	**Cobros realizados:** (incluyendo el actual)	**N° 1**	**de**	**1**

Periodo de Pago:	**Desde:**	**04/06/2024**	**Hasta:**	**24/11/2024**

DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SÓLO SI LA OFICINA GESTORA ES LA SECRETARÍA DE SALUD:		
VALOR ACTA DE RECIBO FINAL	N° Final	**$33.435.186,50**

MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	$0,00
MENOS AMORTIZACIÓN DE ANTICIPO XX%	0.00
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$33.435.186,50**

República de Colombia Gobernación de Santander	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	24/05/2023
		PÁGINA	2 de 5

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
1.	Elaborar el cronograma de todas las actividades el cual debe ser aprobado por la coordinación del programa. Realizar las convocatorias según cronograma.	-Cronograma. -Soportes de convocatoria	Se hace entrega de plan de trabajo por el periodo del contrato y cronograma.
2.	Realizar una reunión con el secretario de salud municipal, coordinador del PIC, funcionarios de la ESE y EAPB actores de interés en el municipio y el supervisor, con el fin socializar la estrategia, concertar cronogramas con las actividades a ejecutar y establecer alianzas institucionales.	-Actas de reunión con concertación de actividades -Registro de reunión. -Registro fotográfico.	Se hace entrega Acta de reunión, registro de firmas y registro fotográfico de reunión realizada en la Secretaria de Desarrollo e Industria
3.	Realizar el mapeo de las instituciones: indagar sobre que instituciones existen en el municipio, revisar si existen organizaciones de personas afectadas por TB.		Se hace entrega del mapeo institucional.
4.	Caracterización de personas afectadas por tuberculosis.		Durante los meses de agosto a octubre se identificaron 5 pacientes.
5.	Indagar sobre las personas afectadas que quieran hacer parte de esta red de manera voluntaria.		Se hace entrega de 9 actas de reunión.
6.	Sensibilización de los actores identificados sobre la tuberculosis.		. Se hace entrega de 10 actas de reunión.
7.	Capacitación en enfoque ENGAGE TB a los agentes comunitarios que implementaran la estrategia.		Se realizaron 7 capacitaciones en enfoque ENGAGE TBC a los agentes comunitarios.
8.	Definir que estrategias, acciones, información, experiencias u otros recursos están dispuestos a aportar los miembros de la red. Identificar las necesidades de las personas afectadas por tuberculosis.		Se realizaron 7 reuniones para Identificar las necesidades de las personas afectadas por tuberculosis.
9.	Identificar las acciones a desarrollar dependiendo las necesidades: Construcción de un plan de acción.		Se hace entrega del Plan de Acción

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
10.	Ejecución de acciones: Iniciar por medio de un plan de actividades las acciones a desarrollar,		Se hace entrega de 40 actas de reunión sobre la estrategia, socialización de la ruta e atención, búsqueda de SR.
11.	Realizar evaluaciones mensuales de las acciones realizadas.		Se hace entrega de las actas de evaluación de las acciones realizadas.
12.	Impulsar actividades de movilización social comunitaria y la identificación de sintomáticos respiratorios en poblaciones de alta vulnerabilidad social, con barreras de acceso geográfico, zonas de ruralidad dispersa del municipio.		Se realizaron dos actividades de movilización social comunitaria.
13.	Apoyar el seguimiento y la administración del tratamiento acortado estrictamente supervisado.		Se realizó apoyo a dos IPS privadas y a la ESE en la administración y seguimiento de los tratamientos.
14.	Identificación de sintomáticos respiratorios y canalización a servicios de salud para atención en poblaciones vulnerables.	-Registro de asistencia en físico y digital por curso de vida con enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro este será entregado al supervisor. -Seguimiento de canalización en plantilla de indicadores entregada por el supervisor.	Se realizó búsqueda se SR en el centro vida, población privada de la libertad, asentamiento posada de torres, lagos,, base militar, grupos de la tercera edad; y en las veredas Puerto Santos, El Almendro, y El Canelo.
15.	Para la realización de las actividades se debe garantizar la logística e insumos (material educativo como rota folio, volantes entre otros que se requieran).	-Diseño de material informativo.	Durante la ejecución de las actividades se suministraron los materiales necesarios como premios, pancarta, refrigerios, transporte, perifoneo, cuñas radiales, infogramas.
16.	Participar en las reuniones periódicas (mínimo 1 mensual) convocadas por el supervisor con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato.	-Acta realizada por el supervisor. -Registro de asistencia.	Se participó en las reuniones del 9 de septiembre y el 17 octubre de 2024.
17.	Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia .	-Documento de informe final.	Se hace entrega del informe final.
18.	Equipo técnico	.Hojas de vida de los perfiles solicitados.	Se hace entrega de la hoja de vida de la Jefe Enfermería Lina Cuevas de las Auxiliares de Enfermería Bibiana Rueda y Maryi Ortiz.

MUNICIPIO DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES (ICA):

a) Relacione a continuación el o los Municipios donde se ejecutaron las actividades contractuales.
b) Relacione el código de Actividad Económica DIAN el cual encontrará en su RUT. Recuerde que debe tener relación con su objeto contractual.
c) Relacione el código de la Actividad Económica MUNICIPAL del Impuesto de Industria y Comercio según la normatividad de cada municipio.
d) Para aquellos contratos que tienen ejecución en más de un municipio deberá distribuir el valor de la presente cuenta de acuerdo a los porcentajes según la normatividad vigentes en cada municipio.

MUNICIPIO	ACTIVIDAD ECONOMICA DIAN		ACTIVIDAD ECONOMICA MUNICIPAL		VALOR COBRADO
(DONDE EJECUTA SUS ACTIVIDADES)	CODIGO CIIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	CODIGO CIIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	EN ESTA CUENTA
Sabana de Torres	8610	Actividad de hospitales y Clinas, con internación	8610	Actividades ejecutivas de la administración pública.	**$33.435.186,50**

NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS: En calidad de contratista, declaro bajo la gravedad de juramento, en cumplimiento de lo establecido en el Estatuto Tributario Nacional, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, para gestionar el respectivo pago. (Recuerde que, las normas que regulan la retención en la fuente en materia tributaria y deducción de dichos aportes no han sido objeto de modificación, por lo tanto, si requiere bajar la base de retención en la fuente, las planillas deberán corresponder al periodo cobrado).

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2	MES 3
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	JUNIO/2024	JULIO/2024	AGOSTO/2024
	Fecha de pago	31-05-2024	28-06-2024	31-07-2024
	Nº de Planilla	29918020	30236983	30559932
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	EPS	NOMINA	NOMINA	NOMINA
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	JUNIO/2024	JULIO/2024	AGOSTO/2024
	Fecha de pago	28-06-2024	31-07-2024	30-08-2024
	Nº de Planilla	30236983	30559932	30799188
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	Fondo de Pensiones	NOMINA	NOMINA	NOMINA
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	JUNIO/2024	JULIO/2024	AGOSTO/2024
	Fecha de pago	28-06-2024	31-07-2024	30-08-2024
	Nº de Planilla	30236983	30559932	30799188
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	A.R.L.	NOMINA	NOMINA	NOMINA
PARAFISCALES	SENA	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	I.C.B.F.	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	Caja de Compensación	CAJASAN	CAJASAN	CAJASAN

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 4	MES 5
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE/2024	OCTUBRE/2024
	Fecha de pago	30-08-2024	27-09-2024
	Nº de Planilla	30799188	31096534
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 4	MES 5
	EPS	NOMINA	NOMINA
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE/2024	OCTUBRE/2024
	Fecha de pago	27-09-2024	31-10-2024
	Nº de Planilla	31096534	31405881
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA
	Fondo de Pensiones	NOMINA	NOMINA
cAPORTE A.R.L.	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE/2024	OCTUBRE/2024
	Fecha de pago	27-09-2024	31-10-2024
	Nº de Planilla	31096534	31405881
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA
	A.R.L.	NOMINA	NOMINA
PARAFISCALES	SENA	NOMINA	NOMINA
	I.C.B.F.	NOMINA	NOMINA
	Caja de Compensación	CAJASAN	CAJASAN

Se firma para tramite de pago, a los 25 días del mes de noviembre de 2024

Firma del Contratista
PAOLA FERNANDA RIOS GOMEZ
ESE HOSPITAL INTEGRADO DE SABANA DE TORRES
Nit. 800064543
Correo: Hospitalst.esehist@gmail.com
Teléfono de contacto: 3002391984