INFORME DE SUPERVISIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

INFORMACIÓN GENERAL						
Marque con una X el tipo de documento:						
CONTRATO	x	**CONVENIO**				**Acta No 4**
Número:	065	de	Año	2025		
OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LA LINEA OPERATIVA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA EL EJERCICIO DE LA GOBERNANZA Y LA GOBERNABILIDAD A TRAVES DE ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN BUSCA DE MEJORES RESULTADOS EN SALUD EN LA POBLACIO DEL MUNICIPIO DE EL BAGRE						
Contratista:	MAROLY GUEVARA MEZA					
Código de Proyecto	**202500000005500**	Nombre del proyecto	FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES EN SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE EL BAGRE ANTIOQUIA			
CLASIFICACIÓN PLAN DE DESARROLLO						
Línea estratégica	1: HUMANIZANDO A EL BAGRE CON JUSTICIA SOCIAL					
Sector	Salud	**Programa**	1903- INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL			
Objetivo Programático	Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y disminución de la enfermedad, mejorando las condiciones de vida de la población del municipio de El Bagre.					
Código de Producto	190300100, 190302800, 190303100, 190305700 y 190303400	**Indicador de Producto**	Municipios con acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis realizadas y Asistencias técnicas realizadas			

Nota: Cuando es por funcionamiento, colocarles No Aplica

INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN					
Registro Presupuestal (artículo 42 ley 80):	**00066**	**de**	**16 DE ENERO**	**de**	**2025**
Fecha aprobación de Pólizas Garantías:	**N/A**	**de**	**N/A**	**de**	**N/A**
Fecha de inicio: Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio	**16**	**de**	**ENERO**	**de**	**2025**
Duración total:	**ONCE (11) MESES + 16 DIAS, contados a partir de la suscripción del acta de inicio**				
Fecha de terminación:	**31**	**de**	**DICIEMBRE**	**de**	**2025**

BALANCE FINANCIERO

El contrato/convenio/orden de aceptación estipuló anticipo: SI _____ No_X__

*****Si manejo anticipo, relacione los datos de la cuenta para la consignación de los anticipos en el cuadro a continuación

Centro Administrativo Municipal (CAM)–Cra.49ª No 48ª 55– Barrio Bijao – Tel:837 24 29
Correo Electrónico: contratacion@elbagre-antioquia.gov.co;Página Web www.elbagre-antioquia.gov.co

Cuenta	***2. Ahorros***	***Número Cuenta:***	***3. Banco:***

El supervisor deberá anexar los siguientes documentos de programación y seguimiento del anticipo

Plan de inversión del anticipo / Modificación al plan de inversión	*4.* ***Formato control de seguimiento anticipo****	*5.* ***Conciliación bancaria***
Extractos bancarios	***6. Certificación bancaria sobre rendimientos financieros***	

*La legalización del anticipo debe ser en función a la programación acordada con el contratista y debe coincidir la programación con la actividad y el valor aprobado en las fechas respectivas

Anticipo inicial % (1)	0,00%	Valor anticipo inicial (5)						
Fecha de Desembolso del anticipo (2)	DD/MM/AAAA	Valor anticipo adiciones (6)						$ -
No. De Orden de pago desembolso anticipo (3)		Valor total anticipo (7)						
% Anticipo de adiciones (4)	0,00%	Saldo pendiente por amortizar (8)						$ -
Balance General		Pagos realizados al contratista/entidad						
Concepto	Valor	Concepto (16)	Comprobante de egrso (17)	Fecha (18)	Valor total factura (19)	Valor amortización anticipo (20)	Valor neto (21)	% (22)
Valor inicial (9)	$ 59.428.579	Acta 1			$ 4.029.048	$ -	$ 4.029.048	6,78%
Valor Adiciones (10)	$ -	Acta 2			$ 5.036.321	$ -	$ 5.036.321	8,47%
Valor Reducciones (11)	$ -	Acta 3			$ 5.036.321	$ -	$ 5.036.321	8,47%
Valor Total (12)	$ 59.428.579	Acta 4			$ 5.036.321	$ -	$ 5.036.321	8,47%
Valor pagado (13)	$ 14.101.690					$ -	$ -	0,00%
Valor causado que no se ha pagado (14)	$ 5.036.321					$ -	$ -	0,00%
Valor total ejecutado (15)	$ 19.138.011					$ -	$ -	0,00%
Valor por ejecutar (16)	$ 40.290.568					$ -	$ -	0,00%
					$ -	$ -	$ -	0,00%
		TOTALES			$ 19.138.011	$ -	$ 19.138.011	32,20%

NOTA: LAS CASILLAS SOMBREADAS NO SE DEBEN MODIFICAR

Centro Administrativo Municipal (CAM)–Cra.49ª No 48ª 55– Barrio Bijao – Tel:837 24 29
Correo Electrónico: contratacion@elbagre-antioquia.gov.co;Página Web www.elbagre-antioquia.gov.co

INSTRUCTIVO PARA DILGENCIAMIENTO DEL BALANCE FINANCIERO

1. **Anticipo Inicial:** Registre el valor del porcentaje determinado como anticipo. Si no tiene anticipo, registre 0.00%
2. **Fecha de Desembolso del anticipo:** Registre la fecha de desembolso del anticipo.
3. **No. Orden de pago de Anticipo:** Registre el número de la orden de pago del anticipo.
4. **Anticipo de Adiciones:** Registre el valor del porcentaje determinado como anticipo de las adiciones. Si no se efectuaron, registre 0.00%
5. **Valor del anticipo Inicial:** Corresponde a la multiplicación de la casilla (1) * Casilla (9)
6. **Valor del anticipo adiciones:** Corresponde a la multiplicación de la casilla (4) * Casilla (10)
7. **Valor Total anticipo**: Es la sumatoria de la casilla (5) + (6) (∑ Valor anticipo inicial + Valor anticipo adiciones).
8. **Saldo pendiente por amortizar:** Es la diferencia entre la casilla (7) Valor total anticipo - ∑De la casilla (21) Valor total amortización anticipos.
9. **Valor Inicial:** Este es valor del contrato/convenio/orden de aceptación inicial principal sin adiciones.
10. **Valor Adiciones:** En esta casilla se deben incluir las adiciones realizadas
11. **Valor Reducciones:** En esta casilla se deben incluir las reducciones realizadas
12. **Valor Total:** Es la suma dela casilla (9) + (10)
13. **Valor Pagado:** Es la suma de la columna de valor total de la factura (19).
14. **Valor Causado no Pagado:** Este corresponde al valor bruto (sin incluir amortizaciones) de la factura que se está radicando para pago.
15. **Valor Total Ejecutado:** Es la sumatoria de la casilla (12) + (13) (∑ Valor pagado + Valor causado no pagado).
16. **Valor por ejecutar** diferencia entre el Valor Total y Valor Total Ejecutado.
17. **Concepto:** Corresponde a los Números de pago realizados
18. **Orden de Pago**: Registre el Número de la orden de pago.
19. **Fecha:** Registre la fecha de la Numero de orden de pago.
20. **Valor Total Factura:** Corresponde al valor de factura
21. **Valor Amortización anticipo:** Registre el valor de amortización del anticipo para la factura, tenga en cuenta que este debe estar de acuerdo con la forma de amortiz ación estipulada en el contrato/convenio/orden de aceptación inicial.
22. **Valor Neto:** Es la diferencia entre el valor de la factura (19) y Valor Amortización anticipo (20)
23. **%:** Es la División entre el valor total del (11) y el valor total de la factura (19)

2.	**PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APARTES PARAFISCALES**		
3.	El supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA/ENTIDAD de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones, y cuando a ello haya lugar, riesgos profesionales, aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la ley 789 de 2002, art. 50.	**SI x**	**NO**
		Marque con una X	

ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO		
Estado de avance de la ejecución física a la fecha (%)		**31%**
Formula: Alcance Prestación Bien o Servicio = % Total Pactado Contractualmente *Esto debe estar acorde con el Objeto y Forma de Pago, contenido en el contrato suscrito.		
Descripción de la ejecución actual (De acuerdo con el cronograma de actividades):		
Nº	**Obligaciones del Contratista/Entidad**	**Estado de avance de la obligación**
1	Realizar visita de asistencia técnica a las EAPB y UPGD del municipio del El Bagre con fin de articular procesos de vigilancia de eventos de interés en salud pública.	**% de Avance: 2.21%** **Descripción del avance**: Se verifico que la contratista realizó visitas de asistencia técnica a las EAPB y UPGD de El Bagre con fin de articular procesos de vigilancia de eventos de interés en salud y así dar respuesta a las solicitudes por parte de la SSSA **Entrega producto** Si _X No____ **Ubicación:** Secretaria de salud
2	Realizar seguimiento a las visitas de campo de eventos reportados a SIVIGILA con municipio de residencia El	**% de Avance: 2.21%** **Descripción del avance:** Se evidencio que la contratista realizó seguimiento a las visitas de

Centro Administrativo Municipal (CAM)–Cra.49ª No 48ª 55– Barrio Bijao – Tel:837 24 29
Correo Electrónico: contratacion@elbagre-antioquia.gov.co;Página Web www.elbagre-antioquia.gov.co

	Bagre que se ameriten por protocolo emitido por el Instituto Nacional de Salud..	campo de eventos reportados a SIVIGILA de los diferentes reportes. **Entrega producto Si _x_ No ____** **Ubicación:** secretaria de salud.
3	Realizar 12 comité de vigilancia epidemiológica para analizar los eventos presentados en el municipio con el fin de articular acciones entre los diferentes actores en salud.	**% de Avance: 2.21%** **Descripción del avance:** Se evidenció que la contratista realizó el COVE municipal con las diferentes UPGD, EAPB, UI, técnicos del área de la salud. **Entrega producto Si _x_ No ____** **Ubicación:** Auditorio Casa de Justicia, streaming.
4	Realizar unidades de análisis de mortalidad de eventos de interés en salud pública municipal y asistir a unidades de análisis de mortalidades de interés en salud pública citada por la SSSA, según se presenten los casos. (Solicitar historia clínica y demás documentos a las entidades correspondientes).	**% de Avance: 2.21%** **Descripción del avance:** Se evidencio que la contratista realiza unidades de análisis de mortalidad de eventos de interés en salud pública municipal **Entrega producto Si _X_ No____** **Ubicación:** Secretaria de salud
5	Implementar los mecanismos de participación social y comunitaria para el adecuado desarrollo de los programas de vigilancia epidemiológica.	**% de Avance: 2.21%** **Descripción del avance:** Se evidencio que la contratista implementó los mecanismos de participación social y comunitaria para el adecuado desarrollo de los programas de vigilancia epidemiológica. **Entrega producto Si _X_ No____** **Ubicación:** Secretaria de salud
6	Conformar grupos de líderes naturales de la población urbana y rural y brindar capacitación en Vigilancia Comunitaria para el fortalecimiento de la notificación oportuna y establecer canales de comunicación adecuados con la población y la dirección Local de Salud.	**% de Avance: 2.21%** **Descripción del avance:** Se evidenció que la contratista realizó la actividad descrita en el contrato. **Entrega producto Si __X_ No____** **Ubicación:** Secretaria de salud.
7	Coordinar la búsqueda Activa Comunitaria de eventos de interés en salud pública y recopilación y reporte mensual de BAI municipal (BAI general y de desnutrición)	**% de Avance: 2.21%** **Descripción del avance:** Se evidenció que la contratista realizó la actividad descrita en el contrato. **Entrega producto Si __X_ No____** **Ubicación:** Secretaria de salud
8		**% de Avance: 2.21%**

Centro Administrativo Municipal (CAM)–Cra.49ª No 48ª 55– Barrio Bijao – Tel:837 24 29
Correo Electrónico: contratacion@elbagre-antioquia.gov.co;Página Web www.elbagre-antioquia.gov.co

	Desarrollo de acciones de gestión de la salud pública que contribuyan al mejoramiento de la salud materna y a la reducción de la mortalidad en el marco del Plan de Aceleración de la Reducción de la Mortalidad Materna y la Circular Externa 0000047 de 2022. Y Verificar que la red de prestadores de servicios de salud, que brinden atención a las gestantes, implemente la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema y definan los mecanismos de respuesta inmediata para la garantía de las acciones de seguimiento al 100% de las mujeres notificadas con este evento.	**Descripción del avance:** Se evidenció que la contratista realizó la actividad descrita en el contrato. **Entrega producto Si __X_ No____** **Ubicación:** CPSAM
9	Articular y coordinar con los actores del SGSSS para la búsqueda activa de casos de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, con el fin de garantizar la atención al 100% de los niños, hasta la recuperación nutricional y realizar seguimiento a los casos de desnutrición presentados.	**% de Avance: 2.21%** **Descripción del avance:** Se evidenció que la contratista realizó realizó la actividad descrita en el contrato. **Entrega producto Si __ No __X__** **Ubicación:** Secretaria de salud
10	Verificar que las EPS e IPS existentes en el municipio, tengan implementadas rutas Integrales de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal. Así mismo, realizar seguimiento estricto al cumplimiento de indicadores. (Resolución 4505 de 2012, modificada por la Resolución 202 de 2021).	**% de Avance: 2.21%** **Descripción del avance:** Se evidenció que la contratista realizó la actividad descrita en el contrato. **Entrega producto Si __X_ No____** **Ubicación:** Secretaria de salud
11	Visitas a las IPS para el seguimiento al kit para casos de abuso sexual y disponibilidad de suero antiofídico	**% de Avance:** 2.21% **Descripción del avance:** Se evidenció que la contratista realiza visita a la ESE HNSC para verificar el KIT de violencia sexual. **Entrega producto Si __X_ No____** **Ubicación:** Secretaria de salud
12	Socializar y realizar los ajustes necesarios al plan de preparación, control y evaluación de contingencias por brotes y epidemias por enfermedades transmisibles	**% de Avance:** 2.21% **Descripción del avance:** Se evidenció que la contratista socializó y realizó los ajustes necesarios al plan de preparación, control y evaluación de contingencias por brotes y epidemias por enfermedades transmisibles **Entrega producto Si __X_ No____** **Ubicación:** Secretaria de salud
13	Realzar y apoyar las acciones de vigilancia en salud pública que contribuyan al cumplimiento de las obligaciones de salud municipal (Recibir visitas,	**% de Avance:** 2.21% **Descripción del avance:** Se evidenció que la contratista apoya las acciones de vigilancia en salud pública que contribuyan al

Centro Administrativo Municipal (CAM)–Cra.49ª No 48ª 55– Barrio Bijao – Tel:837 24 29
Correo Electrónico: contratacion@elbagre-antioquia.gov.co;Página Web www.elbagre-antioquia.gov.co

	conectarse a asistencias técnicas, elaboración de informes y demás acciones en pro de esta actividad).	cumplimiento de las obligaciones de salud municipal **Entrega producto Si __X_ No____** **Ubicación:** Secretaria de salud
14	Todas las actividades derivadas del objeto contractual que tengan relación con el cumplimiento del Plan De Desarrollo Municipal y los planes de acción	**% de Avance:** 2.21% **Descripción del avance:** Se evidencia que la contratista cumplió con la actividad descrita en su contrato. **Entrega producto Si __X_ No____** **Ubicación:** Secretaria de salud

4.	**VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CLAUSULAS AMBIENTALES**		
5.	El supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA/ENTIDAD de sus obligaciones ambientales mediante el control operacional respectivo.	**6. SI X**	**7. NO**

ACCIONES CORRECTIVAS TOMADAS PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO
(Diligencie un bloque por cada problema identificado)

Nº	**Problema identificado que afecta la ejecución**	**Justificación**	**Acciones implementadas para solucionar los problemas identificados**
1			

SE REQUIERE LIQUIDAR (Señale con una X una sola opción) Conforme lo establece en el art. 217 del Decreto 19 de 2012 "La liquidación de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión no será obligatoria". Si el contrato no requiere liquidación, el Supervisor debe verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y revisar si existen saldos a favor del MEN o a favor del contratista.	**SI**	**NO**

Calificación del Servicio:	**Sobresaliente (Califique entre 4,6 y 5,0)**	**Satisfactorio (Califique entre 4,0 y 4,5)**	**Aceptable (Califique entre 3,0 y 3,9)**	**Deficiente (Califique entre 2,0 y 3,0)**	**Inaceptable (Califique entre 1,0 y 1,9)**
1. Oportunidad en la prestación final del servicio	**X**				
2. Calidad del servicio prestado por el Contratista / Entidad	**X**				
3. Oportunidad en la presentación de informes, facturas y demás documentos requeridos por la supervisión	**X**				

Centro Administrativo Municipal (CAM)–Cra.49ª No 48ª 55– Barrio Bijao – Tel:837 24 29
Correo Electrónico: contratacion@elbagre-antioquia.gov.co;Página Web www.elbagre-antioquia.gov.co

4. Cumplimiento Real de los tiempos establecidos en la ejecución, respecto al cronograma establecido.	X				
5. Valores agregados ofrecidos por el Contratista / Entidad		X			
6. Impacto del servicio prestado por el contratista / entidad	X				

Se harán efectivas Pólizas (Diligencie con una X)	**SI**		**NO**	**X**
¿Por qué? Anexar Soportes				
¿Se debe declarar el incumplimiento? (Diligencie con una X) Anexar Soportes	**SI**		**NO**	**X**
¿Se interpusieron multas? (Diligencie con una X) Anexar Soportes	**SI**		**NO**	**X**

SE REQUIERE LIQUIDAR (Señale con una X una sola opción) Conforme lo establece en el art. 217 del Decreto 19 de 2012 "La liquidación de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión no será obligatoria". Si el contrato no requiere liquidación, el Supervisor debe verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y revisar si existen saldos a favor del MEN o a favor del contratista.	**SI**	**NO** **X**

Para constancia de lo anterior, se firma el presente informe a los Por ningún motivo la fecha del presente documento puede ser anterior a la fecha de finalización, ni posterior a los 4 meses de la misma.			30
días del mes de	ABRIL	De	2025

ANEXOS	OBSERVACIÓN	✓
Soporte de pagos de Salud, Pensión y ARL	**Personas Naturales**	X
Certificación de pago de aportes de parafiscales, expedido por contador público o representante legal	**Persona Jurídica**	
Informe de actividades del contratista con respectivas evidencias	**Persona Natural / Jurídica**	X
Factura o cuenta de cobro	**Persona Natural / Jurídica**	X

SUPERVISOR
Nombre: Adriana Alejandra Amaya Acevedo
Cargo: SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Centro Administrativo Municipal (CAM)–Cra.49ª No 48ª 55– Barrio Bijao – Tel:837 24 29
Correo Electrónico: contratacion@elbagre-antioquia.gov.co;Página Web www.elbagre-antioquia.gov.co