

**ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA****CÓDIGO****GF-FR-F005****VERSIÓN****2****FECHA DE APROBACIÓN****DD****MM****AA****5****4****2024****FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN****SECRETARIA DE SALUD****I. INFORMACION DE SUPERVISION****Fecha de Expedicion****Supervisor o Interventor****Teléfono o Ext.****DD MM AA****NOMBRE: CAROLINA BARRGAN MEJIA****7305500 ext 220****Mayo-2025****AUXILIAR AREA DE SALUD****II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION****Nombre:****Cargo:****III. INFORMACION CONTRACTUAL****Nombre o Razon social del contratista.****CC. / Nit****JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA****1.024.538.593****IV. TIPO DE CONTRATO:****Contrato****O.P.S.****Convenio****Fecha:****Contrato No.****X****18/03/2025****1605-2025****FECHA INICIO:****Plazo inicial****Adición****20/03/2025****CUATRO (4) MESES SIN QUE SUPERE EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025****OBJETO****PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LAS ACCIONES DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DE LA SALUD MENTAL DE LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA EN LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA -SS310****V. PERIODO CERTIFICADO****Desde: DD/MM/AA****Hasta: DD/MM/AA****Informe No.****1/05/2025****31/05/2025****3****VI. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO****OBLIGACIONES ESPECIFICAS****VERIFICACIÓN****1.Desarrollar las asistencias tecnicas a plan de intervencion colectiva (PIC);equipos basicos en salud asignados por el referente para el fortalecimiento y la vigilancia en salud publica de los eventos de convivencia social y salud mental de soacha****Soporte en medio megnetico
obligacion 1
1.1 acta de barrido en apoyo a pai.****2.Apoyar en la atencion de usuarios asistentes a la dimension de salud mental según asignacion por el lider y mapeo estadistico de eventos por comunas asignadas.****Soporta en medio magnetico
obligacion 2
2.1 Registro de caracterizacion sombrillaas de proteccion.
2.2 Mapeo por comunas****3.Participar en reuniones de articulacion con la direccion de aseguramiento RIAS y VPS, con el fin de articular acciones que permitan mejorar la salud del municipio.****Soporta en medio magnetico
obligacion 2
3.1 Acta de cumplimiento a la asistencia del RIAS .****4.Participar y apoyar en la ejecucion de la red del buen trato ,mesa de consumo de (SPA) en menores de 14 años,violencia sexual,conducta suicida y matoneo y demas comites y reuniones de salud mental convocadas.****se entregan evidencias las cuales reposan en
drive 1605-2025
4.1 Acta de la red del buen trato
4.2 Registro fotografico****5.Apoyar en la canalizacion de personas para el acceso a oferta en salud ,en el marco de la politica publica de salud mental de soacha****Soporta en medio magnetico en la carpeta del cto 1605-2025
5.1 Acta sombrillitas
5.2 Registro fotografico.****6.Apoyar a los Informes solicitados por la lider de salud mental de la secretaria de salud y apoyo en la revision de acciones desarrolladas en el proyecto de salud mental y el envio Informe semanal teniendo en cuenta el calendario epidemiologico de año.****se entregan evidencias las cuales reposan en el drive 1605-2025
6.1 Excel de calidad del dato.
6.2 paballazo de correo**

7 Realizar apoyo en las canalizaciones realizadas por el PIC y equipos básicos en articulación con gobernanzas.	Soporta en medio magnético 7.1 BAI depurada
8 Realizar apoyo en la consolidación de bases de datos acargo del digitador de la línea estratégica de salud mental.	Soporta en medio magnético obligación 8 8.1 pantallazo de correo.

En mi calidad de supervisor, previa verificación de los productos recibidos certifico que el contratista cumplió con las obligaciones en los términos y tiempos pactados, los cuales fueron verificados y se avala el presente informe de conformidad con el Artículo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011.

Asi mismo, el supervisor certifica que el contratista realizó el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y en, presentando las planillas originales de acuerdo con lo establecido en la ley 789 de 2002 y Decreto 1709 de 2002.


 CAROLINA BARRAGAN MEJIA
 Firma del supervisor
 (AUXILIAR AREA DE SALUD)

