## I. DATOS DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **PERÍODO DEL INFORME** | DE MAYO DE 2025 |
| **TIPO DE CONTRATO** | PRESTACION DE SERVICIOS |
| **NUMERO DE CONTRATO** | 108-2025 |
| **FECHA GENERACIÓN DEL CONTRATO** | 28 DE FEBRERO DE 2025 |
| **CONTRATISTA** | JULIA FAIRU REYES CAMPOS |
| **DOCUMENTO** | CC 1.091.078.955 |
| **RUBRO PRESUPUESTAL** | 00O.2.4.5.02.08.04 CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS |
| **DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.** | 112 DEL 27/01/2025 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL No.** | 198 DEL 28/02/2025 |
| **VALOR** | SEIS MILLONES DE PESOS MCTE ($6.000.000) |
| **FECHA INICIO DEL CONTRATO** | 28/02/2025 |
| **FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | 31/05/2025 |
| **OBJETO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO AUXILIAR PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1397 DE 2024 EN TODOS LOS MUNICIPIOS O ÁREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES |

Para efectos del presente formato informe de supervisión, en adelante la E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES se denominará EL HOSPITAL y, la otra parte, EL CONTRATISTA.

## II. OTROSÍ/SUSPENSIÓN

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ADICION** | **SI** | | **NO** | X | **VALOR** | |
| **PRORROGA** | **SI** | | **NO** | X | **VIGENCIA** | |
| **MODIFICACIÓN** | **FECHA** | | | | **ASUNTO** | |
| **SUSPENSIÓN** | **SI** | | **NO** | | **CAUSA** | |
| **FECHA INICIO** | | | **FECHA FIN** | | | |

## III. INFORMACION DEL SUPERVISOR

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR** | MARIA PAULA CORONEL OJEDA |
| **CARGO** | APOYO SUBGERENTE CIENTIFICO ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES |

## IV. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

### 1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

#### a. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| **1.** Cumplir con el plazo estipulado para el cumplimiento de requisitos de legalización del contrato, de conformidad al cronograma del proceso. | X | | |

| OBLIGACIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| **2**. Ejecutar el objeto del contrato en los plazos establecidos, haciendo entrega real y material y en condiciones de calidad de los servicios contratados bajo las condiciones técnicas y económicas de acuerdo con su propuesta. | X | | |
| **3.** Enmarcar sus actuaciones dentro del ordenamiento jurídico vigente y obrar con diligencia en la ejecución de los procesos encomendados por EL HOSPITAL. | X | | |
| **4.** Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta **EL HOSPITAL**, por conducto del funcionario que ejercerá la Supervisión. | X | | |
| **5.** Suministrar al Supervisor toda la información requerida para el ejercicio oportuno de su gestión. | X | | |
| **6.** Atender las sugerencias y/o recomendaciones hechas por **EL HOSPITAL**, en cabeza del Supervisor encargado. | X | | |
| **7.** Presentar ante el supervisor del contrato informe técnico escrito mensual de los servicios prestados o de acuerdo a lo requerido. | X | | |
| **8.** Suscribir oportunamente el acta de inicio y el acta de liquidación del contrato, conjuntamente con el/la supervisor/a del mismo, cuando corresponda. | X | | |
| **9.** Utilizar de manera racional los recursos energéticos e hídricos de las instalaciones de **EL HOSPITAL** en el caso que requiera de estos para la ejecución de sus actividades. Queda entendido que no habrá vínculo laboral alguno entre el personal utilizado por **EL CONTRATISTA** y **EL HOSPITAL.** | X | | |
| **10.** Cumplir con el pago oportuno de todos los conceptos asociados a prestaciones sociales, seguridad social y parafiscal de todo el personal que ponga a disposición de EL HOSPITAL, para el desarrollo del objeto contractual. | X | | |
| **11.** Presentar la facturación en forma oportuna con todos los soportes requeridos por las instancias de EL HOSPITAL, para el respectivo trámite del pago. | X | | |
| **12.** Las demás obligaciones que directa o indirectamente se desprendan del objeto y alcance contratado. | X | | |

**b. OBLIGACIONES ESPECIALES DEL CONTRATISTA**

| OBLIGACIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 1) Informar en la comunidad las acciones que desarrollaran los equipos a través de medios y herramientas comunicativas. | X | | |
| 2) Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-genero, etnia, entre otras características pertinentes y por micro territorios asignados. | X | | |
| 3) Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. | X | | |
| 4) Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) Familiograma b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y | X | | |

| OBLIGACIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| d) Ecomapa.6). Caracterización socioambiental, individual y familiar del micro territorio. | | | |
| 5.) Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados. | X | | |
| 6) Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina. | X | | |
| 7) Canalizar la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. | X | | |
| 8) Realizar seguimiento a acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. | X | | |
| 9) Inducir la demanda de servicios para la captación a cada uno de los ciclos de vida de la población a intervenir según resolución 3280, captación de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública, diligenciamiento notificación del evento y seguimiento. | X | | |
| 10) Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo de los demás y de su entorno. | X | | |
| 11) Apoyo en la atención, asesoría y realización de tamizajes de Infecciones de Transmisión Sexual. | X | | |
| 12) Apoyo a la lactancia materna. | X | | |
| 13) Toma de muestras de laboratorio según indicación médica. | X | | |
| 14) Gestión, remisión en esquema de vacunación | X | | |
| A su vez el contratista deberá: 1). Contar con disponibilidad de tiempo en relación con las funciones o actividades designadas para la atención de la población, cumplimiento de funciones designadas las cuales están sujetas a cambios por el Ministerio de salud y la ESE HEQC 2). Cumplir con las acciones, las cuales están condicionadas a los cronogramas de trabajo que se coordinen con la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares y las demás relacionadas con el objeto del contrato y los lineamientos emitidos por el Ministerio De Salud y Protección Social. 3). Los viernes de cada semana se debe entregar los informes requeridos por la institución, los cuales soportaran el cumplimiento de la ejecución de las actividades. La no entrega de los mismos incurrirá en el no pago del salario, quedando como días no laborados.4). La inasistencia a las actividades programadas se deberá justificar vía correo con soportes (cita médica o calamidad familiar). 5). Cumplir con las normas y procedimiento en materia de Bioseguridad, establecidos por la normativa vigente e institución. 6). Entrega oportuna de la información solicitada por la Coordinación. (Diaria, semanal, mensual).7). Los informes mensuales, no se recibirán después de los 4 primeros días del mes. 8). Deberán responder por equipos, materiales, dispositivos asignados para la ejecución de las actividades, garantizando el cuidado y los devolverán buen estado y funcionamiento.09) Adherencia a los protocolos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social adoptados por la institución. 10) | X | | |

| OBLIGACIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Fomentar en el equipo asignado la comunicación asertiva, el trabajo en equipo y las buenas relaciones interpersonales, siendo gestores de buenas y sanas prácticas de atención en salud y fortalecimiento de la calidad. 11) Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual de la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y de la ESE.12) Apoyo durante la atención de las personas (peso, talla), apoyo en la entrega de formula, gestiones con las EAPB y proceso de referencia y contra referencia,13) Diligenciar diariamente el formato establecido para la caracterización de la población ya sea en la versión del SURVEY o en Excel que por contingencia emita el ministerio de salud con una meta diaria de 15 encuestas. | X | | |

## 2. RESULTADO DE EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

De conformidad con lo estipulado en los estudios de conveniencia y oportunidad y según lo indicado en el contrato, el contratista, dio cumplimiento al objeto contratado, su alcance y las obligaciones.

Se evidencia que existen los informes periódicos a cargo del contratista, así como, los informes responsabilidad de la supervisión, los cuales se encuentran cargados en la plataforma de SECOP II.

## 3. BALANCE FINANCIERO

| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$6.000.000** |
| **2.** | + VALOR ADICION | $0 |
| **3.** | **= VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$6.000.000** |
| **4.** | +VALOR FACTURADO – MARZO DE 2025 | $2.000.000 |
| | +VALOR FACTURADO – ABRIL DE 2025 | $2.000.000 |
| | +VALOR FACTURADO – MAYO DE 2025 | $2.000.000 |
| **5.** | **=TOTAL VALOR EJECUTADO** | **$6.000.000** |
| **6.** | **(3-5)=TOTAL VALOR POR EJECUTAR A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME** | **$0** |

## 4. CONCEPTO DEL SUPERVISOR SOBRE EL CUMPLIMIENTO GENERAL DEL OBJETO DEL CONTRATO

En calidad de supervisor(es) del Contrato designado(s) por EL HOSPITAL, se verificó que, respecto del objeto contratado, su alcance y las actividades ejecutadas, existe cumplimiento de las mismas por parte de EL CONTRATISTA.

## 5. RESULTADO DE LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

Una vez constatado y descrito el cumplimiento del objeto contratado por parte del CONTRATISTA, el cumplimento es:

| Estado del Desarrollo del Contrato | SI | NO |
|---|---|---|
| SATISFACTORIO | X | |
| NORMAL | | |
| REQUIERE AJUSTE | | X |

- **Recomendaciones o sugerencias acerca del desempeño del contratista:**

A la fecha de la realización del presente informe, no hubo recomendación u observación alguna por parte de la supervisión.

**6. FUENTES DE VERIFICACION A CONSULTAR EN RELACION AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO**

- Expedientes contractuales cargados en la plataforma SECOP II.
- Informe de actividades correspondientes al período MAYO de 2025.
- Seguridad Social correspondiente al período MAYO de 2025 - No. Planilla 4605569923.
- Cuenta de Cobro No. 3

**7. INFORME PARCIAL DE SUPERVISION**

Teniendo en cuenta las obligaciones derivadas del contrato, en el marco de las funciones asignadas en el artículo 38 del Estatuto de Contratación de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares, adoptado mediante Acuerdo No 004 de 2014 y modificado por Acuerdo No 007 de 2022 del 10 de noviembre, me permito:

**Certificar que:**

Que, en desarrollo de mi función de supervisión, he elaborado oportunamente y subido a la plataforma de SECOP II todos los informes y documentos producidos con ocasión de la ejecución del contrato donde se visualiza el cumplimiento del objeto del contrato.

Así mismo, se verificó y constató que el contratista presentó las planillas que acreditan el pago de aportes de salud, pensión y riesgos laborales de acuerdo con las normas vigentes y con las demás obligaciones fiscales del orden regional y nacional. La cual está cargada anexa en la cuenta de cobro correspondiente al periodo.

Se firma el presente formato de informe de supervisión por quienes en la misma intervienen, en el mes de junio de dos mil veinticinco (2025).

Supervisor,

**Firma:**
**NOMBRE: MARIA PAULA CORONEL OJEDA**
**Cargo:** Apoyo Subdirector Científico ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares
**N° Documento: 1.098.741.808**