



INFORME DE SUPERVISIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

INFORMACIÓN GENERAL

Marque con una X el tipo de documento:

CONTRATO	x	CONVENIO				Acta No 6
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 POBLACION 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



ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT.890984221-2

CODIGO	F-GC-026
VERSION	005

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)	Comp roban te de egrso (17)	Fecha (18)	Valor total factura (19)	Valor amortiza ción anticipo (20)	Valor neto (21)	% (22)
Valor inicial (9)	\$ 59.428.579	Acta 1	187	17/03/2025	\$ 4.029.048	\$ -	\$ 4.029.048	6,78%
Valor Adiciones (10)	\$ -	Acta 2	188	17/03/2025	\$ 5.036.321	\$ -	\$ 5.036.321	8,47%
Valor Reducciones (11)	\$ -	Acta 3	408	2/04/2025	\$ 5.036.321	\$ -	\$ 5.036.321	8,47%
Valor Total (12)	\$ 59.428.579	Acta 4	657	30/04/2025	\$ 5.036.321	\$ -	\$ 5.036.321	8,47%
Valor pagado (13)	\$ 24.174.332	Acta 5	1107	6/06/2025	\$ 5.036.321	\$ -	\$ 5.036.321	8,47%
Valor causado que no se ha pagado (14)	\$ 5.036.321	Acta 6			\$ 5.036.321	\$ -	\$ 5.036.321	8,47%
Valor total ejecutado (15)	\$ 29.210.653					\$ -	\$ -	0,00%
Valor por ejecutar (16)	\$ 30.217.926					\$ -	\$ -	0,00%
					\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
		TOTALES			\$ 29.210.653	\$ -	\$ 29.210.653	49,15%
NOTA: LAS CASILLAS SOMBREADAS NO SE DEBEN MODIFICAR								



ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT.890984221-2

CODIGO	F-GC-026
VERSION	005

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) (Σ Valor anticipo inicial + Valor anticipo adiciones).
8. **Saldo pendiente por amortizar:** Es la diferencia entre la casilla (7) Valor total anticipo - Σ 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 de la 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) (Σ 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 amortización 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 (%)		49%
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: 3.2% 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: 3.2% Descripción del avance: Se evidencio que la contratista realizó seguimiento a las visitas de



ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT.890984221-2

CODIGO	F-GC-026
VERSION	005

	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: 3.2% 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: 3.2% 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: 3.2% 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: 3.2% 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: 3.2% 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: 3.2%



ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT.890984221-2

CODIGO	F-GC-026
VERSION	005

	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: 3.2% Descripción del avance: Se evidenció que la contratista 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: 3.2% 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: 3.2% 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: 3.2% Descripción del avance: Se evidenció que la contratista apoya las acciones de vigilancia en salud pública que contribuyan al



	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 <u> X </u> No <u> </u> 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: 3.2% Descripción del avance: Se evidencia que la contratista cumplió con la actividad descrita en su contrato. Entrega producto Si <u> X </u> No <u> </u> 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				



ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT.890984221-2

CODIGO	F-GC-026
VERSION	005

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.	01
días del mes de JULIO 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