ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3	
Hora: 8:30 am	**Fecha:** 19/11/2024
Lugar:	Regional Cesar
Dependencia que Convoca:	GAT-Regional Cesar
Proceso:	Promoción y Prevención- Dirección de Nutrición.
Objetivo:	Realizar legalización de gastos ejecución convenio interadministrativo No. 20002622024, modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, ejecutado por el Socio Implementador E.S.E Hospital Regional San Andrés, del periodo 1 al 31 de Agosto de 2024.

Agenda:

- Bienvenida
- Presentación de la actividad
- Revisión de documentos
- Conclusiones
- Compromisos.

Desarrollo:

Siendo las 8:30 am del 19 de Noviembre del 2024, se reúnen en las instalaciones del GAT de la Regional Cesar, por parte del socio implementador: E.S.E Hospital Regional San Andrés de Chiriguana: Sergio Gil Celis/agente interventor, Esteban Ramirez/apoyo a la supervisión financiera, Jonathan Kay Henríquez/ Supervisor del convenio. Por parte del ICBF: Alicia Becerra /apoyo en el área financiera, Kenia Stabilito, apoyo técnico y la supervisora del convenio: Margarita Rosa Lobo Orozco.

Lo anterior con la finalidad de revisar los soportes de gastos que se tuvo lugar en el mes de agosto de 2024 en la ejecución de convenio interadministrativo No. 20002622024, correspondiente a la Modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, operado por el socio implementador Hospital Regional San Andrés de Chiriguana
Iniciamos revisando los soportes:

En físico:

1- Oficio remisorio.
2- Informe ejecutivo detallado con sus soportes del mes de agosto de 2024.
3- Fichas de ingresos impresas.
4- Formato de entrega de RFPP.
5- Formatos de entrega de AAVN.
6- Estudios de casos.
7- Soportes de remisión a salud.
8- Soportes de remisión a primera infancia (anexo en una memoria).
9- Informe del talento humano.
10- Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS.

PUBLICA

Entregas y revisión de soportes:

- Informe ejecutivo detallado con sus soportes del mes de agosto de 2024, se avala, se les pide enviarlo en PDF, a la supervisora del convenio y apoyos técnicos, a fin de cargarlos en el Secop II.
- Fichas de ingresos impresas: se les pide verificar que los nombres de los usuarios este escrito en el aplicativo cuéntame y ficha de ingreso como aparece en el documento de identificación.

Se dieron los siguientes ingresos en el mes de agosto 2024

Niño o niña entre 6 meses y 59 meses (27 usuarios)

NOMBRE UNIDAD	TIPO DE BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO	FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064730969	08/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064731971	08/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1063602608	08/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064730965	08/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064732112	08/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1137881096	08/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064730238	08/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064808505	08/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064730748	08/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064808332	08/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064728712	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064729534	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064731393	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064729280	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064807601	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064808237	09/08/2024

PÚBLICA

UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064808443	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064806473	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1063603514	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1063975246	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064807148	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064730500	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064807055	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064732187	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064731759	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064730367	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A ENTRE 6 Y 59 MESES	RC	1064730324	09/08/2024

Niño o niña menores de 6 meses (6 usuarios).

NOMBRE UNIDAD	TIPO DE BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO	FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA
UNIDAD 1	NIÑO/A MENOR DE 6 MESES	RC	1064809859	08/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A MENOR DE 6 MESES	RC	1064732406	08/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A MENOR DE 6 MESES	RC	1064732424	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A MENOR DE 6 MESES	RC	1064809866	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A MENOR DE 6 MESES	RC	1137734252	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A MENOR DE 6 MESES	RC	1064806980	09/08/2024
UNIDAD 1	NIÑO/A MENOR DE 6 MESES	RC	1064806980	09/08/2024

PÚBLICA

Mujer gestante (11 usuarias)

NOMBRE UNIDAD	TIPO DE BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO	FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA
UNIDAD 1	MUJER GESTANTE	CC	1064719204	08/08/2024
UNIDAD 1	MUJER GESTANTE	CC	1004383230	09/08/2024
UNIDAD 1	MUJER GESTANTE	CC	1065867447	09/08/2024
UNIDAD 1	MUJER GESTANTE	CC	1064786107	09/08/2024
UNIDAD 1	MUJER GESTANTE	CC	1064720120	09/08/2024
UNIDAD 1	MUJER GESTANTE	PPT	5972070	09/08/2024
UNIDAD 1	MUJER GESTANTE	CC	1003166934	09/08/2024
UNIDAD 1	MUJER GESTANTE	CC	1003166734	09/08/2024
UNIDAD 1	MUJER GESTANTE	TI	1067034252	09/08/2024
UNIDAD 1	MUJER GESTANTE	CC	1047335469	09/08/2024
UNIDAD 1	MUJER GESTANTE	CC	1116503530	09/08/2024

Formato de entrega de RFPP: En el informe detallado de la entrega de RFPP se observan que hay usuarios que no se encuentran en el formato provisional del mes de agosto. Se validan 113 usuarios para el mes de agosto. Se hace la entrega de los mencionados documentos, en donde se evidencia la entrega de las RFPP.

Tipo de Ración	Total Entregado
Gestante/lactante.	45
Mayores de 6 meses	68
ALC	0

PÚBLICA

AGOSTO									
HOJA	NN	MG	TOTAL USUARIOS	RFPP NN	RFPP MG	AAVN NN	AAVN MG	ALC	Total ALC *30
TOTAL	**69**	**44**	113	**69**	**44**	**138**	**132**	**0**	**0**

Nota: En relación con el cuadro anterior se descuenta 2 gestantes ya que no se encuentran validadas en la base de datos de los beneficiarios de agosto por lo tanto fueron validados 113 usuarios en el mes de agosto.

- Formatos de entrega de AAVN: son entregados por el socio implementador, se verifican las firmas, encontrándose que están firmados y/o huella por los usuarios. Para este mes de atención se realizó la entrega de AAVN, los cuales corresponden a 113 usuarios, de los cuales 56 son gestantes/lactantes (168 bolsas) y 57 usuarios son mayores de 6 meses (114 bolsas).
- Estudios de casos: Para este periodo reportado no se presentaron estudios de casos.
- Soportes de remisión a salud: Para este periodo se realizó remisión al sector salud de 2 usuarios con DNT Aguda Moderada.
- Soportes de remisión a primera infancia: Para el periodo reportado no se realizó remisión a primera infancia.

- **Kit alimentación complementaria** No se realizó compra.

MES	CHIRIGUANA	CHIMICHAGUA	TOTAL
JULIO	0	0	0
AGOSTO	0	0	0
SEPTIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			

- Estructura de costos del mes Agosto

De acuerdo al análisis realizado al reporte de los servicios prestados para el periodo del 1 al 31 de agosto de 2024 se realizan las siguientes liquidaciones teniendo en cuenta las intervenciones reportadas por atención.

En consideración con la minuta contractual lo programado es: Un segundo desembolso hasta por la suma de SESENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS MCTE. ($60.435.865). correspondiente al 15% del valor de los aportes del ICBF, previa aprobación del supervisor del convenio, de un informe técnico que incluya reporte de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud

PÚBLICA

– RIPS acompañado de evidencias fotográficas de trabajo en la comunidad, soportes de materiales para educación e información en salud relacionada con la desnutrición, soportes de entrega de la complementación alimentaria, y, levantamiento de actas con las comunidades y /o autoridades indígenas. El desembolso se cancelará contra las intervenciones efectivamente realizadas y soportadas durante el periodo, sin que estas puedan superar el monto determinado para el presente desembolso.

			VALOR TOTAL RFPP MENSUAL		
DURACION CONTRATO (MESES)	6				
No. UDS POR CONTRATO	1				
Total de intervenciones en el contrato (1)	900				
ACTIVIDAD O SERVICIO	**DÍAS DE ATENCIÓN MES**	**No. INTERVENCION/ dia**	**No. INTERVENCION/m**	**Presupuesto /mes**	**Costo por Intervención**
DOTACIÓN INICIAL				$ 707.380,00	$ 6.260,00
ALIMENTO LISTO PARA EL CONSUMO - ALC				$ 910.102,00	$ 8.054,00
RACIONES FAMILIARES PARA PREPARAR - RFPP (2)				$ 28.061.064,00	$ 248.328,00
1 Coordinador por dos UDS				$ 2.005.072,00	$ 17.744,00
1 Profesional en nutrición y dietética				$ 3.116.427,00	$ 27.579,00
1 Auxiliares de Enfermería				$ 1.828.905,00	$ 16.185,00
1 Profesional del área Social	20	8	113	$ 3.116.427,00	$ 27.579,00
3 Gestores Comunitarios				$ 5.048.840,00	$ 44.680,00
TRANSPORTE				$ 2.075.923,00	$ 18.371,00
PAPELERIA				$ 386.121,00	$ 3.417,00
COMUNICACIONES				$ 73.789,00	$ 653,00
KIT ALIMENTACION COMPLEMENTARIA				$ 809.532,00	$ 7.164,00
GASTOS ADMINISTRATIVOS				$ 2.447.467,00	$ 21.659,00
SUBTOTAL	**20**	**8**	**113**	**$ 50.587.049,00**	**$ 447.673,00**

Página 1

El socio implementador reporta 113 intervenciones validadas por la supervisión del contrato de acuerdo a los criterios establecidos en los anexos y manuales técnicos para la modalidad.

$	16.563.980,00	INEJECUCIONES SERVICIOS NO PRESTADOS
$	50.583.049,00	SERVICIOS PRESTADOS AGOSTO 113
$	60.435.865,00	VALOR TERCER DESEMBOLSO PROGRAMADO
$	43.871.885,00	Valor desembolso se cancelará contra las intervenciones efectivamente realizadas y soportadas durante el periodo, sin que estas puedan superar el monto determinado para el presente desembolso.

- **Compras Locales:**

Socio implementador no cumple con el 30% minino para reporte de compras locales, como se evidencia en el formato de seguimiento, donde se reporte un porcentaje de cumplimiento para el mes de agosto del 12.9%.

PROCESO
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
FORMATO DE SEGUIMIENTO COMPRAS LOCALES

F1.G5.ABS 16/06/2023
Versión 9 Página 1 de1
Clasificación de la información: Pública

REGIONAL: CESAR
N° DE CONTRATO: 20002622024
FECHA DE INICIO: 27/06/2024
FECHA DE TERMINACIÓN: 27/dic/2024
TIEMPO DE EJECUCIÓN (Meses): 6
VALOR TOTAL CONTRATO: $ 402.905.767
No. CUPOS ASIGNADOS: 150
% DE COMPRA LOCAL: 30
NIT DEL OPERADOR: 892300175
NOMBRE DEL OPERADOR: ESE HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES DE CHIRIGUANA
PROGRAMA: NUTRICIÓN
MODALIDAD: ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN
SERVICIO: 1.000 Días para Cambiar el Mundo

USUARIO: SPCesar
MES VALIDADO: AGOSTO
FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN: 1-ene-2010 00:15
VALOR TOTAL COMPRA DE ALIMENTOS: $30.088.660,00

Porcentaje de Compra Local	
Reportado (%):	12,9
Validado (%):	12,9

NOTA DEL SUPERVISOR: Se valida que las compras locales correspomdientes al mes de agosto solo llegan al 12%

NOTA DEL OPERADOR: Para el mes de agosto no se cumple el porcentaje de compras locales; sin embargo y gracias a las negociaciones con los proveedores para el mes de octubre ya se empieza a cumplir con este requisito

Firma del supervisor:
Nombre del Supervisor: MARGARITA LOBO
Firma de quien reporta:
Nombre de quien reporta: IOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES DE CHIRIG

No.	Mes	Producto Local	Unidad de Medida	Cantidad	Valor Total ($)	Municipio del Proveedor	Tipo de Proveedor	Nombre del Proveedor	% Compra local
1	Agosto	Huevo	Unidades	5625	$3.881.250,00	Becerril - Cesar	Pequeño Productor (PP)	ANDRES FELIPE GARCIA FONTALVO-DISTRIBUCIONES SALGARCA	12,9

- **Aporte Propio**:

Para el periodo reportado por parte del socio implementador se recibe informe de ejecución de aporte propio evidenciándose:

EJECUCIÓN APORTE PROPIO DE AGOSTO					OBSERVACIONES
TIPO DE USUARIOS					
MUGER GESTANTE	NIÑOS- NIÑAS	TOTAL ATENCIONES EJECUTADAS (GINECOLOGIA+ PEDIATRIA)	PROGRAMADO ANUALMENTE	% DE EJECUCIÓN	
ATENCIONES GINECOLOGIA EJECUTADAS	ATENCIONES PEDIATRIA EJECUTADAS				
10	10	20	150	13,3	Para el mes de agosto la propuesta empezó a ejecutarse desde el día 24/08/2024, se propuso ejecutar el 10% de la ejecución anual (Posterior a su aprobación en CTO)

MES	EJECUCION	TOTAL, EJECUCION APORTE PROPIO MINUTA CONTRACTUAL
JULIO	$ 0	
AGOSTO	2.679.323.00	
SEPTIEMBRE		
OCTUBRE		**$20.145.288**
NOVIEMBRE		
DICIEMBRE		

Decisiones: Verificado los soportes de acuerdo a lo estipulado en el estudio previo y minuta contractual y previa aprobación del supervisor del convenio, de un informe técnico que incluya reporte de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, acompañado de evidencias fotográficas de trabajo en la comunidad, soportes de materiales para educación e información en salud

PUBLIC

relacionada con la desnutrición, soportes de entrega de la complementación alimentaria, y, levantamiento de actas con las comunidades y /o autoridades indígenas.

Desde la Supervisión se da por aceptado lo presentado y soportado por el Socio Implementador E.S.E. Hospital Regional San Andrés del periodo comprendido del 1 al 30 de agosto de 2024, sin embargo, sujetos a control y llamado del ICBF y organismos de control del Estado en cualquier momento.

El Instituto Colombiano de Bienestar familiar mediante resolución 5360 del 30 de junio de 2023 y [illegible] 2 que hacen parte integral del acto administrativo enunciado se precisan los requisitos y procedimientos a tenerse en consideración a efectos de validar los desembolsos a los operadores en las diferentes modalidades de contratación que maneja el ICBF. En atención a lo anterior el Socio Implementador presenta documento equivalente y sus soportes para el perfeccionamiento del presente desembolso.

Teniendo en cuenta los servicios prestados durante el periodo reportado el valor a desembolsar es la suma de **CUARENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS MCTE. ($ 43.871.885,00).**

Compromisos / tareas	**Responsable(s): Nombre / Cargo o rol**	**Fechas**
Radicar informe técnico según mes, los 5 primeros días de cada mes posterior a la ejecución.	TH del socio implementador (E.S.E Hospital Regional San Andres)	Según mes de ejecución.

FIRMA ASISTENTES

Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Alicia Becerra	Contratista GAT	ICBF	
Kenia Stabilito	Enlace técnico GAT	ICBF	
Margarita Lobo	Profesional Universitario/Supervisora del convenio.	ICBF	
Jonathan Kay Hiquez	Supervisor del Convenio	E.S.E Hospital Regional San Andres.	
Esteban Ramirez	Enlace financiero	E.S.E Hospital Regional San Andres	
Sergio Gil	Agente interventor.	E.S.E Hospital Regional San Andres.	

Próxima reunión:	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por definir	Por definir	Por definir
Colaborador que elabora el acta:	Margarita Lobo-Kenia Stabilito-Alicia Becerra.		

PÚBLICA