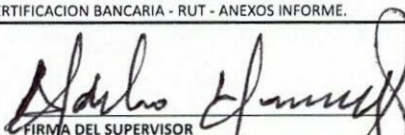


INFORME DE SUPERVISION No		33.2	2025	FECHA:	22/12/2025	PARCIAL:	X	FINAL:	
INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO									
MODALIDAD		N°.	FECHA	CONTRATISTA		VALOR		24.150.000,00	
OPS		350	2025	JORGE ELIAS RANGEL PELUFFO		PLAZO		El término de duración de las actividades pactadas es hasta el treinta (30) de diciembre de 2025	
CONTRATO	350	CC_ X	NIT. __	1.052.733.262		FORMA DE PAGO		En dos (2) cuotas iguales cada una por la suma de (\$10.500.000); y el saldo de (\$3.150.000) en una cuota por el periodo del servicio prestado.	
OBJETO:		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA PARA LA GESTIÓN DE LAS ATENCIONES INDIVIDUALES Y OTRAS ATENCIONES EN SALUD, DERIVADOS DE LOS PLANES DE CUIDADO EN LOS TERRITORIOS NOROESTE Y OCCIDENTE DEL MUNICIPIO DE ALMAGUER ZONA RURAL CON LOS EBS CONFORMADOS POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E. SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS TÉCNICO-OPERATIVOS DISPUESTOS PARA LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD RESOLUCIÓN 1499 DE 2024							
No DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Y FECHA		No REGISTRO PRESUPUESTAL Y FECHA		FECHA APROBACION DE GARANTIAS		N° POLIZA		FECHA DE INICIO ACTIVIDADES	
504 - 19/08/2025		849 - 11/10/2025		N.A.		N.A.		22/10/2025	
PROROGA		ADICIÓN		MODIFICATORIO		SUSPENSIÓN			
SI __ NO _X_		SI __ NO _X_		SI __ NO _X_		SI __ NO _X_		SI __ NO _X_	
OTROSÍ N°.		TIEMPO		VALOR		PLAZO			
DATOS DEL SUPERVISOR									
NOMBRES		APELLIDOS		CARGO		IDENTIFICACION		DIRECCION	
ADELMO ANACONA PIAMBA				COORDINADOR ADMINISTRATIVO		4695646		PUNTO DE ATENCION LA VEGA	
EJECUCIÓN									
OBLIGACIONES DEL CONTRATO/ PRODUCTO/ BIEN ADQUIRIDO				ACTIVIDADES EJECUTADAS/ FACTURA /ND		DSE1008		Cumplio SI_ X NO_ OBSER/ N°NOTAS DE ALMACEN.	
y el perfil epidemiológico del territorio, incluyendo riesgo cardiovascular, Cáncer (Cuello uterino, mama, colon, próstata, entre otros), salud visual, auditiva, estados nutricionales, infecciones de transmisión sexual – ITS, VIH, y demás que se requiera. Garantizar el respectivo registro en la historia clínica y formatos dispuestos por la E.S.E., la canalización oportuna y seguimiento según los resultados obtenidos 8. Registrar de manera diaria, clara, objetiva y con calidad de la información de la atención brindada, diligenciando los registros individuales de prestación de servicios (RIPS con los códigos CIE 10 vigentes y conforme a la contratación actual, así como los campos requeridos en la historia clínica electrónica o física según aplique), y el diligenciamiento adecuado de los formatos establecidos para cada programa modalidad de atención según las herramientas definidas por la E.S.E. 9. Brindar asesoría en planificación familiar a mujeres y hombres en edad fértil, abordando temas relacionados con métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos, consentimiento informado y criterios médicos de elegibilidad. Realizar el procedimiento correspondiente para el inicio, continuidad o cambio de método elegido, diligenciando la historia clínica en los formatos establecidos. Efectuar el control periódico a las personas usuales con método anticonceptivo, verificando adherencia, presencia efectos secundarios, signos de alarma y decisión de continuidad, incluyendo la orientación permanente, tamizajes según perfil y registro evolutivo en la historia clínica, según protocolos y formatos establecidos por la institución. 10. Activar el proceso de referencia y contra referencia gestionando el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud acorde a su curso de vida teniendo en cuenta el enfoque diferencial, étnico y de género. 11. Desarrollar acciones de educación en salud dirigidas a los usuarios y sus familias, de forma individual, grupal				PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA PARA LA GESTIÓN DE LAS ATENCIONES INDIVIDUALES Y OTRAS ATENCIONES EN SALUD, DERIVADOS DE LOS PLANES DE CUIDADO EN LOS TERRITORIOS NOROESTE Y OCCIDENTE DEL MUNICIPIO DE ALMAGUER ZONA RURAL CON LOS EBS CONFORMADOS POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E. SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS TÉCNICO-OPERATIVOS DISPUESTOS PARA LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD RESOLUCIÓN 1499 DE 2024		ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DE NOVIEMBRE DE 2025.		SI CUMPLIÓ. X	
INFORMACIÓN FINANCIERA									
PAGOS No	PERIODO	VALOR CONTRATO	VALOR EJECUTADO	% EJECUCION	VALOR PAGADO	VALOR A PAGAR	SALDO CONTRATO		
33.1	OCTUBRE	24.150.000,00	10.500.000,00	43,48%	-	10.500.000,00	13.650.000,00		
33.2	NOVIEMBRE	24.150.000,00	21.000.000,00	86,96%	10.500.000,00	10.500.000,00	3.150.000,00		
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL									
SE CUMPLIO CON EL REQUISITO DE SEGURIDAD SOCIAL .		NUMERO DE PLANILLA		PERIODO		FECHA DE PAGO			
		9495751260		SALUD PENSIÓN		1/12/2025			
SI _X_ NO ____		SALUD		525.000,00		RIESGOS		102.400,00	
		PENSIÓN		672.000,00		PARAFISCALES		-	
CUMPLIMIENTO Y/O RECIBIDO A SATISFACCIÓN (OBSERVACIONES)									
EL SUPERVISOR DE LA E.S.E SURORIENTE HACE CONSTAR QUE RECIBIO A SATISFACCIÓN LOS SERVICIOS PRESTADOS POR: JORGE ELIAS RANGEL PELUFFO, SEGÚN CONTRATO ELECTRONICO No. 350 DE 2025, EL CONTRATISTA SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A EJECUTAR ACTIVIDADES DE: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA PARA LA GESTIÓN DE LAS ATENCIONES INDIVIDUALES Y OTRAS ATENCIONES EN SALUD, DERIVADOS DE LOS PLANES DE CUIDADO EN LOS TERRITORIOS NOROESTE Y OCCIDENTE DEL MUNICIPIO DE ALMAGUER ZONA RURAL CON LOS EBS CONFORMADOS POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E. SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS TÉCNICO-OPERATIVOS DISPUESTOS PARA LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD RESOLUCIÓN 1499 DE 2024".									
DANDO CUMPLIMIENTO AL "86,96%" DE EJECUCIÓN, ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DE "NOVIEMBRE" DE 2025.									
POR LO QUE EL SUPERVISOR AUTORIZA EL PAGO DE \$ 10.500.000,000 CORRESPONDIENTE A LA CUOTA No. 33.2.									
DOCUMENTOS ANEXOS									
DOCUMENTOS ADJUNTOS				SI	NO	N° FOLIOS	N° CDS	N° DVD'S	
CUENTA DE COBRO - D.S.E - FACTURA -OFICIO SOLICITUD ANTICIPO.				X		2			
INFORME DE ACTIVIDADES				X		11			
NOTA INGRESO ALMACEN/N° ENTRADAS DE ALMACEN					X				
PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL-CERTIFICACIÓN COLPENSIONES.				X		5			
OTROS: CERTIFICACION BANCARIA - RUT - ANEXOS INFORME.				X		5			
 FIRMA DEL SUPERVISOR				NOMBRE Y FIRMA DE APOYO A LA SUPERVISIÓN					