Dando cumplimiento a lo establecido en el Articulo 82 y 83 de lo establecido en la Ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción de 2011", el subgerente de la ESE Hospital Regional Noroccidental **CARLOS EDUARDO BONILLA DIAZ,** en mi condición de supervisor del contrato de prestación de servicios **# 0173-2025** me permito presentar informe de supervisión en los términos establecidos en la norma antes transcrita:

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO		
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	**DESDE: 14/07/2025** **HASTA: 05/10/2025**	
FECHA DE INFORME DE SUPERVISION	18/03/2026	
¿Se reporta algún desempeño deficiente o a mejorar?	**SI**	**NO X**
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE LA CUENTA QUE SE CERTIFICA	**FISICA**	**PRESUPUESTAL**
	100%	**51%**
VALOR DEL CONTRATO	$ 15.000.000	
PLAZO	5 MESES	
PRORROGA y/o ADICION	NO	
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS INDEPENDIENTES COMO ENFERMERO PROFESIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO "FAMILIAS Y COMUNIDADES CON CONOCIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES" EN EL MUNICIPIO DE ABREGO CORRESPONDIENTE AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONTRATADO POR EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD CON LA ESE HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL A TRAVÉS DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 0379 DE 2025.		

ASISTENTES A LA REUNIÓN			
Supervisor:	**CARLOS EDUARDO BONILLA DIAZ– SUBGERENTE**		
Por parte del contratista:	**SERGIO ANDRES SOLANO CARVAJAL,** identificado con cédula de ciudadanía número 1.100.965.208 DE SAN GIL, SANTANDER.		
Coordinador (a) PIC IDS	**LUCENITH VEGA GOMEZ,** Identificada con cedula de ciudadanía numero 1.094.577.843 de Abrego		
Lugar donde se realiza la reunión	**ESE HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL – SEDE ADMINISTRATIVA**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	**09:00 am**	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**10:30 am**
OBJETIVO DE LA REUNIÓN			
Recibo informe de actividades realizadas del mes de JULIO-OCTUBRE 2025, por parte del contratista durante el periodo del 14 de Julio al 05 de Octubre de 2025, en cumplimiento a los establecido en el contrato No**. 0173-2025.**			
VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO			
Actividad /Compromiso	Certificar que el informe de actividades 3,4,5 de 5 del presente contrato y demás documentos Cumplan con lineamientos exigidos para el respectivo pago por parte de Gestión Financiera de la ESE Hospital Regional Noroccidental.		

1. INFORME TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO: CUMPLIMIENTO DEL OBJETO:

Se pudo verificar por parte de esta supervisión que respecto del objeto contratado el contratista cumple con los servicios.

Así mismo y de conformidad a lo pactado en el objeto contractual, se verifico que el contratista cumplió dentro de los plazos establecidos con las actividades previstas.

1.1 GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: para el presente punto se verifico el cumplimiento de las obligaciones generales consignadas en la cláusula del contrato referenciado así:

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Actuar con plena eficiencia y responsabilidad desarrollando y/o ejecutando aquellas actividades que sean compatibles con el objeto del contrato				X		
2	En general cumplir con los objetivos, actos, obligaciones orientaciones y prioridades que vayan estableciéndose durante la ejecución del contrato				X		
3	El contratista asumirá por cuenta propia los valores de los gastos por concepto de estampillas, Impuestos Tributarios				X		
4	El contratista estará obligado afiliarse al Sistema General de Seguridad Social y presentar dichas certificaciones para su respectivo pago; y demás gastos que conlleve el cumplimiento del presente contrato				X		
Concepto general del cumplimiento de las obligaciones					X		

2. INFORME JURIDICO DEL CONTRATO.

2.1 RELACIÒN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:

Relaciono la planilla de pago de aportes a seguridad social aportada por el contratista para la presente cuenta de cobro de acuerdo al periodo laborado mencionado y los valores. (Se verificará que la planilla descargada y de soporte este el PIN activo y vigente al pago presentado).

MES	JULIO
Entidad de aporte en línea	APORTE EN LINEA
Empresa de pensiones	COLFONDOS
Valor	$ 517.600
Empresa administradora de salud	FUNDACION SALUD MIA EPS
Valor	$ 404.400

Administradora de riesgos profesionales	POSITIVA
Valor	$ 78.900
Valor total de cotización	$ 1.000.900
N° de Planilla	*9490556573*
PIN	*1718948323*
Entidad financiera	NEQUI
Periodo Cotización	JULIO
Fecha de pago	22/08/2025

MES	AGOSTO
Entidad de aporte en línea	APORTES EN LINEA
Empresa de pensiones	COLFONDOS
Valor	$ 516.200
Empresa administradora de salud	FUNDACION SALUD MIA EPS
Valor	$ 403.300
Administradora de riesgos profesionales	POSITIVA
Valor	$ 78.700
Valor total de cotización	$ 998.200
N° de Planilla	*9490556547*
PIN	*1781457312*
Entidad financiera	DAVIVIENDA
Periodo Cotización	AGOSTO
Fecha de pago	09/09/2025

MES	SEPTIEMBRE
Entidad de aporte en línea	APORTES EN LINEA
Empresa de pensiones	COLFONDOS
Valor	$ 519.900
Empresa administradora de salud	FUNDACION SALUD MIA EPS
Valor	$ 406.200
Administradora de riesgos profesionales	POSITIVA
Valor	$ 79.200
Valor total de cotización	$ 1.005.300
N° de Planilla	*9493978323*
PIN	*1882558499*
Entidad financiera	NEQUI
Periodo Cotización	SEPTIEMBRE
Fecha de pago	28/10/2025

MES	OCTUBRE
Entidad de aporte en línea	APORTES EN LINEA
Empresa de pensiones	COLFONDOS
Valor	$ 518.500
Empresa administradora de salud	FUNDACION SALUD MIA EPS
Valor	$ 405.100
Administradora de riesgos profesionales	POSITIVA
Valor	$ 79.000
Valor total de cotización	$ 1.002.600
N° de Planilla	*9495452227*
PIN	*1957355193*
Entidad financiera	NEQUI
Periodo Cotización	OCTUMBRE

Fecha de pago	11/26/2025

2.2 CUMPLIMIENTO RESPECTO A LA AUSENCIA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

De acuerdo a lo preceptuado por la Ley 1474 de 2011, Estatuto anticorrupción y respecto a la manifestación hecha por el contratista bajo la gravedad del juramento, se constata que el mismo no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad consagradas en la Constitución y la ley.

Que revisado los certificados de Contraloría de fecha **(** **)** adjunto por el contratista NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL

Que revisado el certificado de Procuraduría de fecha **(** **)** adjunto por el contratista NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES DISCIPLINARIAS VIGENTES.

Que revisado el certificado de Medidas Correctivas de fecha **(** **)** NO REGISTRA SANCIONES VIGENTES.

2.3 CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES:

Relaciono las actividades descritas (en el estudio previo y/o contratos) por el contratista y su respectiva valoración de acuerdo a las obligaciones especiales descritas en el presente contrato de prestación de servicios.

ACTIVIDAD RELACIONADA	OBLIGACION ESPECIAL ASOCIADA	APROBACION POR EL SUPERVISOR
ACTIVIDAD 01	Comunicación formal al ente territorial municipal de la priorización de su territorio y articulación con el programa familias en acción y demás procesos comunitarios presentes en el territorio.	CUMPLE PARCIALMENTE
ACTIVIDAD 02	Manifestación escrita del ente territorial municipal de su aceptación y voluntad política, administrativa para el desarrollo de la estrategia comunidades y escenarios protectores.	CUMPLE PARCIALMENTE
ACTIVIDAD 03	Manifestación escrita de las familias de su aceptación para el desarrollo de la estrategia comunidades y escenarios protectores.	CUMPLE PARCIALMENTE
ACTIVIDAD 04	Acta y video de socialización a las familias y actores locales de la estrategia, acta de compromiso de actores.	CUMPLE PARCIALMENTE
ACTIVIDAD 05	Documento aplicado a las familias de cada municipio para la caracterización desarrollada por medio de la Guía Metodología para la caracterización social y ambiental del entorno familiar para la implementación de prácticas de autocuidado y promoción de hábitos y estilos de vida saludable elaborado por la PVSCNT. (número de familias programadas)	CUMPLE PARCIALMENTE

ACTIVIDAD 06	Documento diagnóstico de resultados de caracterización y plan de implementación la estrategia comunidades y escenarios protectores para la prevención y control de las ENT según análisis.	CUMPLE PARCIALMENTE
ACTIVIDAD 07	Actas y videos de proceso de sensibilización y adherencia a las familias.	CUMPLE PARCIALMENTE
ACTIVIDAD 08	Documento temático y metodológico para el proceso de educación en salud con las familias, material informativo y video de aceptación por grupo focal y territorio de la estrategia de información en salud para la prevención y control de las ENT acorde a criterios técnicos y normativos vigentes y avalado por el ente territorial, como material educativo validado comunitariamente para informar a la población en general de la importancia de adopción de estilos de vida saludable.	CUMPLE PARCIALMENTE
ACTIVIDAD 10	Documento de aceptación de estrategia de información en salud y contenidos temáticos del proceso de educación en salud por parte del ente territorial.	CUMPLE PARCIALMENTE
ACTIVIDAD 11	Actas, fotos y videos del proceso de aplicación de la estrategia de información en salud a las familias de cada municipio	CUMPLE PARCIALMENTE
ACTIVIDAD 12	Instrumento de medición de conocimientos para la prevención y control de las ENT por parte de las familias.	CUMPLE PARCIALMENTE

BALANCE FINANCIERO Y CONTABLE DEL CONTRATO

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

Balance General del Contrato

concepto	Valor		Concepto (Anticipo, actas, pagos)	Valor
Valor inicial del contrato	**$15.000.000**		**ND000556**	**$ 3.000.000**
Valor Adiciones	**0**		**ND-001778**	**$ 3.000.000**
Valor Total del Contrato	**$15.000.000**			
Valor pagado	**$ 6.000.000**			
Valor causado que no se ha pagado	**$ 1.650.000**			
Valor total ejecutado	**$ 7.650.000**			
Valor no ejecutado	**$7.350.000**			

Que, en desarrollo de mi función de supervisor, he elaborado oportunamente y verificado cada uno de los soportes que el contratista presento para su aprobación que el / ella subirá a la plataforma de SECOP II con ocasión de la ejecución del contrato donde se visualiza el cumplimiento del objeto del contrato.

Así mismo, se verificó y constató que el / la contratista presentó las planillas que acreditan el pago de aportes de salud, pensión y riesgos laborales de acuerdo al IBC con las normas vigentes y con las demás obligaciones fiscales del orden regional y nacional.

Esta supervisión certifica que procede al pago generado por valor de **UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTAMIL PESOS MCTTE ($1.650.000)** correspondiente al pago del presente contrato.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS	FECHA DE ENTREGA	RESPONSABLE
ENTREGA INFORME DE ACTIVIDAD		SERGIO ANDRES SOLANO CARVAJAL.

Que esta supervisión certifica que procede al pago generado por valor de **UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTAMIL PESOS MCTTE ($1.650.000)** correspondiente al pago del presente contrato.

En constancia se firma a 18 DIAS DEL MES DE MARZO DEL 2026

CARLOS EDUARDO BONILLA DIAZ
Supervisor

Sergio Solano

SERGIO ANDRES SOLANO CARVAJAL
Contratista

Que, al cierre de la vigencia fiscal 2025, la Empresa Social del Estado Hospital Regional Noroccidental presenta obligaciones causadas y debidamente soportadas, correspondientes a bienes y servicios efectivamente recibidos, que no fueron canceladas dentro de dicha vigencia.

Que, dichas obligaciones cumplen con los requisitos de legalidad, existencia de contrato u orden de prestación de servicios, disponibilidad presupuestal, registro presupuestal, acta de recibo a satisfacción y documentos equivalentes.

Que, en consecuencia, resulta necesario constituir formalmente las cuentas por pagar con cargo al presupuesto de la vigencia fiscal 2025, con el fin de garantizar la transparencia, legalidad y continuidad en el cumplimiento de las obligaciones de la Entidad.

Que, revisada la Resolución 257 del 31/12/2025 “POR MEDIO DEL CUAL SE CONSTITUYEN LAS CUENTAS POR PAGAR DE LA VIGENCIA 2025 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL”.