Tema del Informe: informe de actividades del convenio No. **2025000423**, para el giro de recursos de SGP oferta, en aplicación de la Resolución 484 de 2024.	**Fecha**			**Informe N°**
	Día	**Mes**	**Año**	
	30	12	2026	05

Tipo de informe: Parcial	X	Final	

Contratista: CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL DE ARBOLEDA E.S.E.

Contrato No. 2025000423

Descripción del Informe de Actividades

El Subsidio a la Oferta es una asignación de recursos para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuadas por instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios.

En este contexto, se expidió el Decreto 268 de 2020, modificado por el Decreto 292 de 2020, el cual establece en su artículo 2.4.2.7 que El IDSN y las entidades territoriales beneficiarias de la asignación de estos recursos, celebraron el presente convenio con las ESE conforme a los lineamientos que para el efecto se expidan para lo cual, el Instituto Departamental de Salud de Nariño estableció los indicadores de calidad, producción y financieros en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 484 de 2024.

Al presente informe se debe anexar:

1. Para las Empresas Sociales del Estado el acto administrativo de la adición al presupuesto de la ESE de la vigencia 2025 de los recursos asignados mediante el convenio suscrito en el marco de la Resolución 484 de 2024, en formato PDF legible.

2. Registro de los datos de cumplimiento de indicadores del contrato, de la siguiente manera:

INDICADORES DE GESTION RES. 484 DE 2024:

GESTION DE CALIDAD	**PERIODICIDAD**	**PESO PORCENTUAL**	**DOCUMENTO/SOPORTE**	**RESULTADO ESE**
NOMBRE DEL INDICADOR: Tiempo promedio de espera para asignación de cita medicina general	TRIMESTRAL	35%	La ESE debe presentar Certificación del resultado del indicador del trimestre a evaluar firmado por el Gerente	1.0
GESTION DE PRODUCCION	**PERIODICIDAD**	**PESO PORCENTUAL**	**DOCUMENTO/SOPORTE**	**RESULTADO ESE**
NOMBRE DEL INDICADOR: Funcionamiento de los Servicios habilitados en los horarios reportados en REPS	DIARIO	35%	ANEXAR CERTIFICACION EXPEDIDA POR LA DIRECCION LOCAL DE SALUD MUNICIPAL	**92**
RESULTADO ESE	**RESULTADO ESE**	**RESULTADO ESE**	**DOCUMENTO/SOPORTE**	**RESULTADO ESE**
Valor de Gastos de operación para la prestación de los servicios de salud	TRIMESTRAL	15%	Certificación de gastos de operación tomados de los estados contables básicos de la ESE, firmada por el gerente y contador de la ESE	**$1.500.408.167**
NOMBRE DEL INDICADOR: Valor de los ingresos corrientes	TRIMESTRAL	15%	Certificación de ingresos corrientes tomados de los estados contables básicos de la ESE, firmada por el gerente y contador de la ESE	**$2.070.732.346**

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO:

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL **JOHANA ALEXANDRA BOLAÑOS GONZALEZ** IDENTIFICADA CON CEDULA 1087412752, CERTIFICA QUE EL **CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL DE ARBOLEDA E.S.E.** (NARIÑO), CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LOS INDICADORES DEFINIDOS POR LA RESOLUCION 484/2024 Y LOS SOPORTES Y DOCUMENTACION PODRAN SER VERIFICADOS EN CUALQUIER MOMENTO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, FUNCIONARIO **HERNÁN RAMIRO DÍAZ CHA** A EFECTOS DEL SEGUIMIENTO Y EL PAGO RESPECTIVO.

AL PRESENTE INFORME SE ANEXAN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS, EN FOLIOS ANEXOS.

Planillas de seguridad social - Certificación reporte resolución 256 de 2016- Certificación de cumplimiento servicios habilitados en REPS- Certificación financiera de Gastos de operación de la E.S.E. vigencia 2025.

Los anteriores documentos, reposan en el archivo Digital del supervisor del contrato.

Conclusiones y Recomendaciones del Supervisor y/o Interventor

Revisado el informe y sus anexos presentados por el contratista, el supervisor del convenio, Hernán Ramiro Díaz Pacichana certifica el cumplimiento de los indicadores de la Resolución 484/2024, acorde a lo exigido en el convenio.

Nota: (en caso de presentar anexos con el informe enúncielos y adjúntelos a este documento)

Contratista	**Firma**
Nombres Completos Representante legal **JOHANA ALEXANDRA BOLAÑOS GONZALEZ** Gerente – ESE	
Supervisor	**Firma**
HERNÁN RAMIRO DÍAZ PACICHANA Profesional Universitario SCA-IDSN	