E.S.E
CENTRO DE SALUD SUCRE

INFORME DE SUPERVISIÓN **No. 004**	**ETAPA DEL CONTRATO:**
	Ejecución Contractual
	TIPO DE CONTRATO:
	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
	FECHA DEL INFORME DE SUPERVISIÓN:

DIA	MES	AÑO
10	06	2026

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO SUPERVISADO

NUMERO DE CONTRATO	56-2026
FECHA DEL CONTRATO	05 DE FEBRERO DE 2026
CONTRATANTE	E. S. E. CENTRO DE SALUD SUCRE
CONTRATISTA	ANGELA DEL PILAR MARIN ARIZA
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNICO DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD, DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE SUCRE SANTANDER, AREA URBANA DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 00000696 DEL 21 DE ABRIL DEL 2025, DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECIÓN SOCIAL.
NOMBRE SUPERVISOR	CHARYN NIKOLL ARIZA CORTEZ
CARGO SUPERVISOR	ENFERMERA – COORDINADORA EQUIPO BASICO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE ($10.000.000.oo).
FECHA DE INICIO	05 DE FEBRERO DE 2026
PLAZO INICIAL	CIENTO DIECISEIS (116) DIAS
FECHA DE TERMINACION	31 DE MAYO DE 2026

AVANCE TÉCNICO DEL CONTRATO SUPERVISADO

FECHA DE INICIACIÓN DE ACTIVIDADES		**DIA**	**MES**	**AÑO**
		05	**02**	**2026**
LUGAR DE EJECUCION	SUCRE– SANTANDER			

Carrera 4 # 7 - 36
+57 320 3030628
contactenos@esehospitallocaldesucre-sucre-santander.gov.co

POBLACION BENEFICIADA	COMUNIDAD DEL MUNICIPIO DE SUCRE (SANTANDER)

AVANCE ADMINISTRATIVO DEL CONTRATO SUPERVISADO

IMPACTO DEL DESARROLLO DEL CONTRATO	Con la ejecución del contrato suscrito, se ha beneficiado a la comunidad del Municipio de Sucre en general, toda vez que las actividades se encuentran dirigidas al correcto desarrollo de las funciones que constitucional y legalmente le corresponden a la entidad
ESTADO DEL CONTRATO	EJECUTADO
PERIODO SUPERVISADO	Desde: **DIA: 01 — MES: 05 — AÑO: 2026** Hasta: **DÍA: 31 — MES: 05 — AÑO: 2026**

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO SUPERVISADO

Durante el Período informado, el suscrito (a) realizó las siguientes actividades en cumplimiento del objeto contractual:

ÍTEMS	DESCRIPCIÓN DE OBLIGACION CONTRACTUAL	FORMA COMO SE EJECUTO	EVIDENCIA
1	Asistir a capacitaciones programadas para la ejecución de objeto contractual. entregable: soporte de asistencia planillas	• Se asistió a las distintas capacitaciones programadas de manera virtual y presencial en pro de fortalecer la ejecución de los equipos básicos.	cumplió

2	Planeación de las operaciones mensuales de los equipos por los perfiles de los profesionales y auxiliares, entregable: cronograma mensual de las actividades como se contempla en el anexo.	• Asistío a reuniones con los profesionales para realizar las respectivas planeaciones del trabajo que se debe realizar según indicaciones según lineamientos.	cumplió
3	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio. Entregable: informe de mapeo, cartografía social, abordaje en el micro territorio que incluya registro fotográfico y lista de asistencia.	• Se realizó el mapeo y la respectiva cartografía social a las familias intervenidas, en la vereda Cuchina II.	cumplió
4	Informar a los presidentes de junta de acción comunal de las acciones que se desarrollaran con los equipos básicos entregable: acta de reunión con los presidentes de junta de acción comunal de cada micro territorio.	• Durante el mes de Mayo se ha comunicado con los presidentes de acción comunal para comentarles el trabajo que se está realizando y ellos quedan dispuestos a colaborar con lo que se necesite en el campo de trabajo.	Cumplió
5	Aplicación del Instrumento dispuesto por el MSPS para el proceso de actualización de la	• Durante el mes de Mayo se aplicó el instrumento definido	

	caracterización en el municipio de sucre, tanto del área urbana como rural. Entregable: Archivo digital descargado de la plataforma.	por el ministerio de salud SIAPS.	
6	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación entregable: soporte de afiliación.	• Se realizó la tarea de identificar las personas no afiliadas al sistema de salud, y en caso de no estar afiliadas se les apoya en el trámite respectivo.	cumplió
7	Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma b) APGAR familiar c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARITH y d) eco mapa. Entregable: Formulario de caracterización que contenga los instrumentos según la resolución 3280 de 2018.	• Durante este periodo se realizó formatos de valoración familiar, en cada familia visitada, en el mes de Mayo, se visito las vereda Cuchina II.	cumplió
8.	Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados entregable: Plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia.	• En las visitas realizadas se identificó las condiciones de salud de cada integrante de la familia, si se encuentra alguna alerta, se realiza el seguimiento respectivo para generar una acción de mejora y brindar solución.	cumplió
9	Identificación de las prioridades de respuesta	• Se realizo toma de signos. vitales a los	cumplió

	orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismos, de los demás entornos y su entorno. Entregable: Plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica.	hogares se brindó información al usuario sobre hábitos de vida saludable y se identifican los distintos aspectos según necesidades del hogar intervenido.	
13	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo a sus necesidades. Entregable: Plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica, material entregado.	• En las visitas realizadas se ofertaron los servicios que ofrece la ESE Centro de Salud de Sucre.	Cumplió
14	Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas, entregable: instrumento de canalización diligenciado.	• Durante este periodo se priorizaron las necesidades de cada miembro de cada familia intervenida.	Cumplió
15	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el ministerio de salud y	• Se aplicó el instrumento de forma manual el instrumento de valoración familiar e identificación de	Cumplió

	protección social para tal fin, entregable: instrumento digitalizado en las herramientas de APS del MSPS.	necesidades socios ambientales del entorno hogar a las familias intervenidas.	
16	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas-barrios y microterritorios abordados por el equipo, entregable: registro de participación, documentos, instrumentos digitalizados en la herramienta de APS dispuesta por el MSPS.	Se promovió la participación de las diferentes familias a los espacios en salud que defina el equipo básico en salud junto con la ESE, teniendo en cuenta cada micro territorio, con el fin de abarcar las necesidades de las familias y prestar los servicios de manera eficaz y eficiente.	Cumplió
17	Seguimiento a los individuos, hogares y comunidades en la adherencia a las rutas de atención en salud, Entregable: informes de seguimiento y casos exitosos.	• Durante este periodo se realizó seguimiento a las familias para corroborar la adherencia a los tratamientos.	Cumplió

AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO SUPERVISADO

ASPECTOS GENERALES	
No. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	26-00070
FECHA DEL CDP	05 de febrero de 2026
No. REGISTRO PRESUPUESTAL	26-00099
FECHA DEL RP	05 de febrero de 2026

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA PAGO	
Número y Fecha de Cuenta de Cobro o Factura	No. 004_ Fecha: 10 DE JUNIO de 2026.

Número y Fecha de Informe de Actividades	No. 004_ Fecha: 10 DE JUNIO DE 2026.				
Presenta solicitud de Transferencia a Cuenta Bancaria	**CLASE DE CUENTA**	AHORROS			
	BANCO	BBVA			
	NUMERO	0334002617			
	TITULAR	CONTRATISTA			
Documentos correspondientes a la Seguridad Social Integral	X CUMPLE		NO CUMPLE		

VALOR A CANCELAR HONORARIOS	**BASE COTIZACION CONTRATISTA**	**PERIODO**	**No. PLANILLA:**
$2.500.000	$1.750.905	MAYO 2026	8641606168

OPERADOR	**FECHA DE PAGO:**	**TOTAL PLANILLA**
ASOPAGOS	03/06/2026	$541.800
TIPO ADMINISTRADORA	**ENTIDAD**	**VALOR APORTES**
EPS	COOSALUD	$218.900
AFP	PROTECCION	$280.200
ARL	POSITIVA	$42.700

AVANCE PORCENTUAL DEL CONTRATO SUPERVISADO	
PORCENTAJE EJECUTADO A LA FECHA	100%
VALOR EJECUTADO A LA FECHA	$10.000.000.oo

ESTADO DE DESEMBOLSOS

E.S.E
CENTRO DE SALUD SUCRE

Valor Del Contrato	$10.000.000.oo
Valor de Pagos Parciales avalados a la fecha	$7.500.000.oo
Valor del Pago Parcial avalado en este informe	$2.500.000.^{oo}
Valor pendiente por ejecutar	$0.^{oo}

AVANCE LEGAL DEL CONTRATO SUPERVISADO

ESTADO DE LAS PÓLIZAS	En el contrato supervisado no se solicitaron Pólizas de Garantía de acuerdo con lo preceptuado en el el Estudio Previo y la Minuta contractual.
PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	Para el Perfeccionamiento del Contrato se requería la firma de las partes, la expedición del Registro Presupuestal y la suscripción del Acta de inicio lo cual se cumplió a cabalidad.

Elaborado por Nikoll Ariza.

NOMBRE	**CHARYN NIKOLL ARIZA CORTEZ**
CARGO	Supervisor

E.S.E
CENTRO DE SALUD SUCRE

LA GERENTE DE LA E. S. E. CENTRO DE SALUD DE SUCRE SANTANDER

C E R T I F I C A:

ANGELA DEL PILAR MARIN ARIZA , mayor de edad e identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1.101.020.094** de SUCRE (S), demostró el cumplimiento a cabalidad del Contrato de Prestación de Servicios No.56 de dos mil veintiséis (2026), cuyo objeto es, "PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNICO DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD, DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE SUCRE SANTANDER,AREA URBANA DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 00000696 DEL 21 DE ABRIL DEL 2025, DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECIÓN SOCIAL", de acuerdo al informe de Supervisión que acompaña el presente documento, durante el siguiente período:

Desde:

DIA	MES	AÑO
01	05	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
31	05	2026

AUTORIZACION DE PAGO: Se aprueba y ordena el cuarto (04) pago parcial del periodo comprendido desde 01 de Mayo hasta el 31 de Abril del 2026, y se da concepto favorable para la aprobación del pago por la suma de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000=).

Dado en el municipio de Sucre Santander a los (10) días del mes de Junio de dos mil veintiséis (2026).

TANIA DAYANY CASTILLO ARIZA
Supervisor

	individual, familiar y comunitaria por edad, sexo, género, etnia, entre otras, característica pertinentes por micro territorio asignado, entregable: verificación plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica.	integrantes de cada familia intervenida	
10	Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud-educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando las canalizaciones a las diferentes modalidades. Entregable: Instrumento de canalización diligenciado.	• Durante las visitas realizadas se gestionó la prestación de los servicios de salud.	cumplió
11	Apoyar la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellas que ocasionan un gran impacto en salud pública. Entregable: Instrumento de canalización diligenciado.	• Se entregó a cada usuario sus órdenes correspondientes, dadas por los profesionales para que puedan asistir a sus servicios especializados, se brinda apoyo al usuario.	Cumplió
12	Brindar educación para la salud e información	• En cada visita realizada a cada uno de los	Cumplió

ESE HOSPITAL LOCAL DE SUCRE Nit: 00804008746 - 9 SUCRE	AÑO	MES	DÍA	COMPROBANTE GENERAL		Pág
	2026	06	11	No: CG 26-00420	Con: 1	1

Beneficiario: CC: 01101020094 - - MARIN ARIZA ANGELA DEL PILAR

CP 26-00099, CD 26-00070, PRESTACION SERVICIOS COMO TECNICO DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA ESE CENTRO DE SALUD SUCRE SANTANDER, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 696 DEL 21 DE ABRIL DE 2025 SEGUN CONTRATO NO 56 DEL 05 DE FEBRERO DE 2026 PAGO MES DE MAYO DE 2026

LIQUIDACIONES

Detalle del Concepto	Valor Débito	Valor Crédito	Detalle del Concepto	Valor Débito	Valor Crédito
Valor de la cuenta sin iva	2,500,000.00	0.00			

CONTABILIZACIONES

No	Detalle	Código Contable	Imputación Presupuestal	Fondo	Valor Débito	Valor Crédito	Base
1	Adquisición de bienes y servicios ? Otro	036191	2.4.5.02.09.10	APN	2,500,000.00	0.00	0.00
2	Adquisición de bienes y servicios ? Otro	035191			0.00	2,500,000.00	0.00
3	HONORARIOS	51117901			2,500,000.00	0.00	2,500,000.00
4	HONORARIOS	24905401			0.00	2,500,000.00	2,500,000.00
				TOTALES $	**5,000,000.00**	**5,000,000.00**	

ARMANDO

Elaboró

Ordenador del gasto

11	06	2026	2,500,000.00

MARIN ARIZA ANGELA DEL PILAR

DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS m/cte**********

ESE HOSPITAL LOCAL DE SUCRE
Nit: 00804008746 - 9
SUCRE

AÑO	MES	DÍA	COMPROBANTE DE EGRESO	Pág
2026	06	11	**No: CE 26-00427** Con: 1	1

Doc. de Pago : NOTADEBITO
Cuenta Número : 11100610
Nombre Banco : BANCOLOMBIA
Nombre Cuenta : CUENTA AHORROS

Benef : MARIN ARIZA ANGELA DEL PILAR
Nit : 01101020094

CG 26-00420, CP 26-00099, CD 26-00070, PRESTACION SERVICIOS COMO TECNICO DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA ESE CENTRO DE SALUD SUCRE SANTANDER, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 696 DEL 21 DE ABRIL DE 2025 SEGUN CONTRATO NO 56 DEL 05 DE FEBRERO DE 2026 PAGO MES DE MAYO DE 2026

LIQUIDACIONES

Detalle del Concepto	Valor	Detalle del Concepto	Valor
Valor de la Cuenta	2,500,000.00		
Total Descuentos $	**0.00**		

CONTABILIZACIONES

Cont	Detalle	Código Contable	Imputación Presupuestal	Fond	Valor Débito	Valor Crédito	Base
1014	HONORARIOS	24905401	2.4.5.02.09.10	APN	2,500,000.00	0.00	2,500,000.00
1089	Cta Ahorros Equipos Basicos	11100610			0.00	2,500,000.00	2,500,000.00
				SUMAS IGUALES $	**2,500,000.00**	**2,500,000.00**	

Valor a pagar: $ 2,500,000.00
En letras: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS m/cte.**********

ARMANDO
Elaboró

Ordenador del gasto

Recibí:
C.C. de

Autorizaciones de transferencias

Detalles de la transferencia

Cuenta Origen:

Cuenta de ahorros

EBS

******2013**

ESE HOSPITAL LOCAL DE SUCRE SANTANDER

Monto a debitar $ 2.507.890,00

Cuenta Destino:

Producto de terceros

PILAR

******2617**

Monto a acreditar $ 2.500.000,00

Monto $
2.500.000,00

Información adicional de la transferencia

Costo de la transacción:	$ 7.890,00
Número de factura:	–
Descripción:	Pago Pilar Marín EB

Autorizaciones de los usuarios

Errores en autorizaciones

IC-Banking / Copyright © 2026 Infocorp