



INFORME DE EVALUACION FINANCIERA Y TECNICA FINAL A LA EJECUCION DE LOS RECURSOS DE SALUD PÚBLICA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES – AÑO DE LOS POAIN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES 425 DE FEBRERO 11 DE 2.008, RESOLUCIÓN 3042 DE AGOSTO 31/07, Y CARTA CIRCULAR 001 DE MAYO 16/08, AL MUNICIPIO DE :

De acuerdo a los informes técnico-financieros presentados al Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander por el municipio y revisados los soportes correspondientes se emite el presente concepto final así :

DATOS GENERALES

Numero de POAIN:

Cuenta corriente y/o de ahorros certificada para el manejo de los recursos (cuenta maestra Res. No. 3042 de 2007): SALUD PUBLICA:

Nombre entidad Bancaria:

Denominación de la cuenta:

Coordinador inicial Grupo de Salud Pública I.D.S:

Coordinador final Grupo de Salud Pública I.D.S :

Representante Legal inicial del municipio (Alcalde):

Acto administrativo de posesión:

Representante Legal final del municipio (Alcalde):

Acto administrativo de posesión:

Nombre completo Coordinador P.A.B. inicial:

Acto administrativo de vinculación:

Nombre completo Coordinador P.A.B. final:

Acto administrativo de vinculación:

Tesorero inicial:

Acto administrativo de nombramiento y fecha de posesión:

Tesorero final:

Acto administrativo de nombramiento y fecha de posesión:

Asesor Técnico inicial del I.D.S:

Asesor Técnico final del I.D.S:

Asesor Financiero inicial I.D.S.:

Asesor Financiero final I.D.S:

1. Valor total asignado de recursos financieros para el año 2.0 \$

2. Valor ejecutado a favor de los contratos y de 20 POAIN \$

3. Saldo glosado a la ESE \$

4. Saldo final sin ejecutar \$

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 2 de 41

A. EVALUACION FINANCIERA

**CUADRO No 1
DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN DE RECURSOS DE SALUD PÚBLICA SEGÚN FUENTE
NIVEL MUNICIPAL**

MUNICIPIO: _____

FUENTE DE FINANCIACION	RECURSOS DISPONIBLES			D TOTAL RECURSOS EJECUTADOS A 31 DE DICIEMBRE DE _____	E = D/C PORCENT AJE DE EJECUCIO N
	A VIGENCIA	B VIGENCIA	C TOTAL		
TOTAL					

NOTA:

COPIA CONTROLADA

CUADRO No 2

DISTRIBUCIÓN Y EJECUCIÓN DE RECURSOS SEGÚN COMPETENCIAS Y PRIORIDADES EN SALUD PÚBLICA

NOMBRE DE LOS PLANES INDICATIVOS EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCIÓN 425 DE 2.008.	1 TOTAL RECURSOS ASIGNADOS	2 PROPORCIÓN RESPECTO AL TOTAL DE RECURSOS DISPONIBLES (Valor asignado al POA/total de recursos asignados)	3 TOTAL RECURSOS EJECUTADOS A DICIEMBRE 31 DE _____	4 SALDO SIN EJECUTAR DE LOS PLANES INDICATIVOS RESOLUCIÓN 425/08.	5=3/1X100 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
✓ LEPRA					
✓ TBC					
✓ SALUD MENTAL					
✓ PAI					
✓ SALUD ORAL					
✓ CRONICAS					
✓ AIEPI					
✓ SASER					
✓ NUTRICION					
TOTAL RECURSOS CONTRATADOS CON LA ESE.					
Reservas de Inversión SP vigencia anterior/_____					
VALOR NO INCORPORADO EN LA VIGENCIA FISCAL DE 2._____ SIN INCORPORAR					
TOTAL RECURSOS ASIGNADOS PARA EL AÑO.					

Nota: El porcentaje de la columna No.2 es el resultado de dividir el valor total asignado a cada POAIn entre el total de los recursos asignados para el año 2._____.

Nota: El porcentaje de la columna N. 4 es el resultado del valor asignado a cada poai (1) menos el valor ejecutado (3) $(1)-(3)= 4$
Analizada la ejecución presupuestal con corte a diciembre 31 de 2._____ el municipio presenta incorporaciones presupuestales así:

**CUADRO 5
INCORPORACION DE RECURSOS FINANCIEROS SEGÚN ACTOS ADMINISTRATIVOS**

Concepto	Acuerdo o Decreto	Fecha	Valor incorporado	Valor Reducción
<i>Presupuesto inicial vigencia año 2.0__p</i>				
<i>Reservas de apropiación</i>				
<i>Ultima doceava/ 09 Conpes 130</i>				
<i>Cancelación Reservas</i>				
<i>Recursos del Balance</i>				
<i>Ajuste Conpes 132/10</i>				
<i>Incorporación saldo liquidación convenio 09/09</i>				
<i>Reducción al Conpes 133/10</i>				
<i>Traslado rendimientos financieros/10</i>				
<i>Reducción rendimientos financieros/10</i>				
TOTALES				
TOTAL INCORPORADO				

Analizados los extractos bancarios del período comprendido entre: _____ se pudo determinar qué:

INGRESOS:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

\$
\$
\$
\$
\$

TOTAL INGRESOS EN BANCO

\$ _____

GASTOS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

\$
\$
\$
\$
\$
\$
\$
\$

TOTAL PAGOS

\$ _____

SALDO EN BANCOS

\$ _____

NOTA DEL CUADRO No 5:

INFORME FINANCIERO FINAL A LOS CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS
No. _____
SUSCRITOS ENTRE EL MUNICIPIO DE: _____
Y LA E.S.E _____

OBJETO CONTRATO No: _____

(Se transcribe el objeto del contrato inicial y los adicionales que aparece en la minuta de los mismos)

- Entidad contratante: municipio de: _____
- Representante legal del municipio
(Alcalde): _____

- **Entidad contratista: ESE** _____
- **Representante legal de la ESE(Gerente):**

- **Coordinador(a) de Salud Pública asignado por la ESE Contratista para supervisar y coordinar el objeto de los contratos No.**_____ **Nombre:**_____
- **Modalidad de vinculación del coordinador de salud pública: CONTRADO () Y/O de NOMINA () marcar con una X.**
- **Nombre del Supervisor (a) del Convenio por parte del municipio:**

- **Modalidad de vinculación del coordinador de salud pública: CONTRADO () Y/O de NOMINA () marcar con una X**
- **Contrato N°**_____ **Tipo de contrato:** _____
fecha de suscripción del coordinador de salud pública municipal : Día_____,
Mes_____ **Año**_____.
- **Duración de la ejecución del contrato y/o contratos suscritos entre el municipio y la ESE:**_____
- **Acta de inicio No.**_____, **con fecha de suscripción de los contratos:**

Fecha de inicio del objeto contratado:_____. Contrato No. _____

Fecha de inicio del objeto contratado:_____. Contrato No. _____

COPIA CONTROLADA

Valor total inicial contrato No _____	\$
Valor total inicial contrato No _____	\$
Valor total contratado:	\$

NOTA: *Imputación Presupuestal de los contratos:(citar los CDP y CRP con sus respectivas fechas de expedición):*

RUBRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
	AIEPI	
	AIEPI	
	AIEPI	
	PAI	
	SASER	
	SALUD ORAL	
	SALUD MENTAL	
	TBC	
	LEPRA	
	CRONICAS	
	NUTRICION	
TOTAL		

POAI_n CONTRATADOS

1. SALUD ORAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	\$
VALOR EJECUTADO	\$
SALDO SIN EJECUTAR	\$

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD <small>NO R T E DE S ANT A N D E R</small>	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 9 de 41

EJECUCION TECNICA: Durante el Año _____ se logro una ejecución técnica del _____ %
EJECUCION FINANCIERA: Durante el Año _____ se logro una ejecución financiera del _____ %

RESPONSABLE DE LINEA IDS: _____
RESPONSABLE MUNICIPIO (COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL): _____

SOPORTES FINANCIEROS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista **La Odontóloga** _____ identificada con cedula de ciudadanía N° _____

Vinculado mediante contrato por prestación de servicio **No** _____, suscrito el **Día** _____, **Mes** _____ **Año 2.0** _____.
 Los documentos que sirvieron de soportes financieros reposan en los archivos de la oficina de la coordinación de salud pública municipal.

2. ENFERMEDADES CRONICAS	
VALOR TOTAL CONTRATADO	\$
VALOR EJECUTADO	\$
SALDO SIN EJECUTAR	\$

EJECUCION TECNICA: Durante el año _____ se logro una ejecución técnica de _____ %
EJECUCION FINANCIERA: Durante el año _____ se logro una ejecución financiera de _____ %
RESPONSABLE DE LINEA IDS: _____

RESPONSABLE DEL MUNICIPIO (COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL): _____

SOPORTES FINANCIEROS: A la fecha de la evaluación la ESE contratista tiene designada como ejecutora a La **Fisioterapeuta** _____ **C.C** **No** _____ Vinculado mediante contrato por prestación de servicio **No** _____, suscrito el **Día** _____, **Mes** _____ **Año 2.0** _____.
 Los documentos que sirvieron de soportes financieros reposan en los archivos de la oficina de la coordinación de salud pública municipal.

3. TUBERCULOSIS	
VALOR TOTAL CONTRATADO	\$
VALOR EJECUTADO	\$
SALDO SIN EJECUTAR	\$

EJECUCION TECNICA: Durante el año _____ se logro una ejecución técnica del _____ %
EJECUCION FINANCIERA: Durante el año _____ se logro una ejecución financiera de _____ %
RESPONSABLE DE LINEA IDS: _____

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 10 de 41

RESPONSABLE DEL MUNICIO (COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL):

SOPORTES FINANCIEROS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista
La Bacterióloga _____ identificada con cedula de ciudadanía N°
 _____ Vinculado mediante contrato por prestación de servicio No _____, suscrito el
Día _____, **Mes** _____ **Año 2.0** _____.
 Los documentos que sirvieron de soportes financieros reposan en los archivos de la oficina de la
 coordinación de salud pública municipal.

4. LEPRA	
VALOR TOTAL CONTRATADO	\$
VALOR EJECUTADO	\$
SALDO SIN EJECUTAR	\$

EJECUCION TECNICA: Durante el año _____ se logro una ejecución técnica de _____ %
EJECUCION FINANCIERA: Durante el año _____ se logro una ejecución financiera de _____ %
RESPONSABLE DE LINEA IDS: _____
RESPONSABLE DEL MUNICIPIO (COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL):

SOPORTES FINANCIEROS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista
La Bacterióloga _____ identificada con cedula de ciudadanía N°
 _____ Vinculado mediante contrato por prestación de servicio No _____,
 suscrito el **Día** _____, **Mes** _____ **Año 2.0** _____.
 Los documentos que sirvieron de soportes financieros reposan en los archivos de la oficina de la
 coordinación de salud pública municipal.

5.- SALUD MENTAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	\$
VALOR EJECUTADO	\$
SALDO SIN EJECUTAR	\$

EJECUCION TECNICA: Durante el Año 2. _____ se logro una ejecución técnica de _____ %
EJECUCION FINANCIERA: Durante el Año 2 _____ se logro una ejecución financiera de _____ %
RESPONSABLE DE LINEA IDS: _____
RESPONSABLE MUNICIPIO (COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL):

SOPORTES FINANCIEROS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista

La **Psicóloga** _____, identificada con cedula de ciudadanía N° _____ Vinculado mediante contrato por prestación de servicio **No** _____, suscrito el **Día** _____, **Mes** _____, **Año 2.0** _____
Los documentos que sirvieron de soportes financieros reposan en los archivos de la oficina de la coordinación de salud pública municipal.

6.-PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI	
VALOR TOTAL CONTRATADO	\$
VALOR EJECUTADO	\$
SALDO SIN EJECUTAR	\$

EJECUCION TECNICA: Durante el Año 2 _____ se logro una ejecución técnica de _____ %
EJECUCION FINANCIERA: Durante el Año 2 _____ se logro una ejecución financiera de _____ %
RESPONSABLE DE LINEA IDS: _____
RESPONSABLE MUNICIPIO (COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL): _____

SOPORTES FINANCIEROS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista la contratista **la Bacterióloga** _____ identificada con cedula de ciudadanía N° _____ vinculada mediante contrato de prestación de servicios **No** _____ suscrito el **Día** _____ **Mes** _____ **Año 2.** _____
El personal que sirvió de apoyo fue: _____

7. AIEPI	
VALOR TOTAL CONTRATADO	\$
VALOR EJECUTADO	\$
SALDO SIN EJECUTAR	\$

EJECUCION TECNICA: Durante el Año 2 _____ se logro una ejecución técnica de _____ %
EJECUCION FINANCIERA: Durante el Año _____ se logro una ejecución financiera de _____ %
RESPONSABLE DE LINEA IDS: _____

RESPONSABLE MUNICIPIO (COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL): _____

SOPORTES FINANCIEROS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista la **Auxiliar De Enfermería** _____ identificada con cedula de ciudadanía N° _____, Vinculado mediante contrato por prestación de servicio **No** _____, suscrito el _____

Día _____, Mes _____ Año _____.

Los documentos que sirvieron de soportes financieros reposan en los archivos de la oficina de la coordinación de salud pública municipal.

8.SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
VALOR TOTAL CONTRATADO	\$
VALOR EJECUTADO	\$
SALDO SIN EJECUTAR	\$

EJECUCION TECNICA: Durante el Año 2 _____ se logro una ejecución técnica de _____ %

EJECUCION FINANCIERA: Durante el Año 2 _____ se logro una ejecución financiera del _____ %

RESPONSABLE DE LINEA IDS: _____
RESPONSABLE MUNICIPIO (COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL): _____

SOPORTES FINANCIEROS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista:

La **Fisioterapeuta** _____ identificada con cedula de ciudadanía
Nº _____ Vinculado mediante contrato por prestación de servicio **No** _____, suscrito el
Día _____, Mes _____ Año _____.

Los documentos que sirvieron de soportes financieros reposan en los archivos de la oficina de la coordinación de salud pública municipal.

9. NUTRICION	
VALOR TOTAL CONTRATADO	\$
VALOR EJECUTADO	\$
SALDO SIN EJECUTAR	\$

EJECUCION TECNICA: Durante el Año 2 _____ se logro una ejecución técnica de _____ %

EJECUCION FINANCIERA: Durante el Año 2 _____ se logro una ejecución financiera del _____ %

RESPONSABLE DE LINEA IDS: _____
RESPONSABLE MUNICIPIO (CORDINADOR DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL):- _____

SOPORTES FINANCIEROS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista la
Nutricionista _____ identificada con cedula de ciudadanía

Nº _____ Vinculado mediante contrato por prestación de servicio **No** _____, suscrito el
Día _____, Mes _____ Año _____.

	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 13 de 41

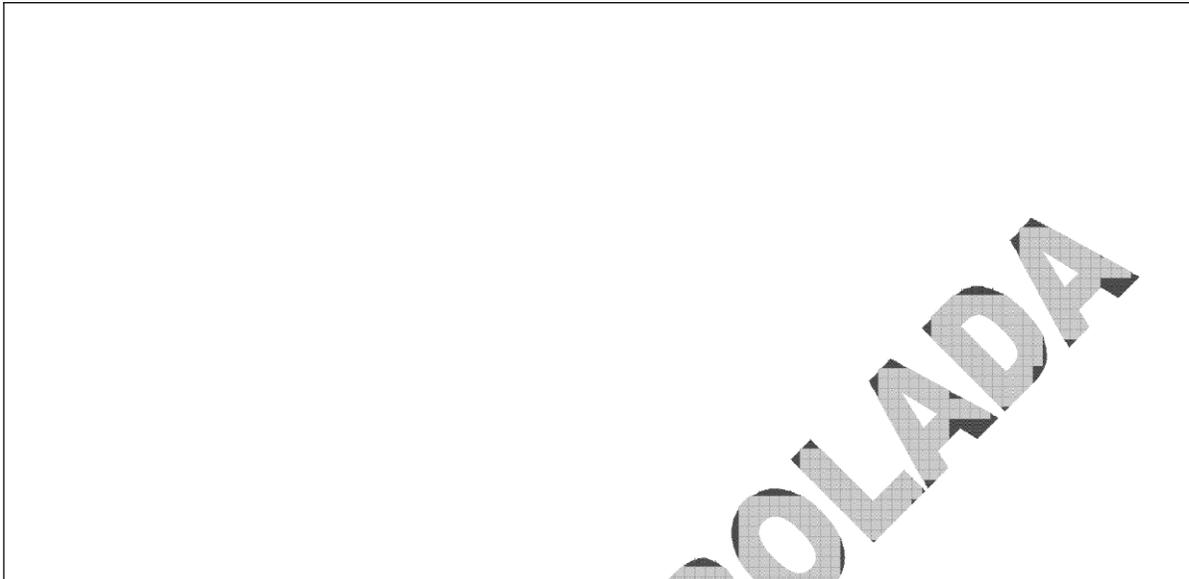
Los documentos que sirvieron de soportes financieros reposan en los archivos de la oficina de la coordinación de salud pública municipal.

EVALUACIÓN FINANCIERA DEFINITIVA A LOS CONVENIOS No. _____	
Valor inicial al Contrato No _____	\$
Valor inicial al Contrato No _____	\$
Vr. TOTAL CONTRATADO	\$
Valor ejecutado por la ESE validado por el municipio.	\$
Valor total cancelado por el municipio a la ESE contratista según comprobantes de egresos No. _____	\$

Valor total glosado por el municipio.	\$
Valor a favor del municipio (igual al valor total glosado)	\$
Valor pendiente de pago a la ESE contratista.	\$

**OBSERVACIONES FINANCIERAS A LA REVISIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS POAIN RESOLUCIÓN 425/08
PARA LA VIGENCIA FISCAL Año 2 _____**

Descripción de los hallazgos encontrados:



a. El municipio cumple___no cumple___con la **Resolución 425/2008** en su **artículo 18 Numeral 1** ya que es de categoría **No** () y por tanto destinó el ___% de los recursos

Del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas como aparece reflejado en las Ejecuciones de ingresos y de gastos de la anualidad Año _____, así mismo cumple con el **artículo 19** ya que contrató los recursos con las IPS ubicadas en su área de influencia, cumpliendo adicionalmente con el **decreto 3039 de 2007**.

b. Registros de la cuenta maestra y movilización de los recursos con el manejo de la cuenta en tesorería.

Se procedió a verificar que la Cuenta Maestra de Salud Pública Colectiva tenga suscrito el convenio con la entidad financiera, reporte y novedades de los beneficiarios y reconocimiento del pago de intereses a tasas comerciales aceptables en el momento de su apertura. Para tal fin se solicitó a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- Convenio suscrito con la entidad bancaria inherente a la cuenta maestra de salud pública colectiva, el inicial del 24 de mayo de 2.008 y un OTROSI del 24 de junio de 2.008.
- Reporte y novedades de los beneficiarios remitidas por el municipio a la entidad bancaria donde está constituida la cuenta maestra de Salud Pública Colectiva.
- Certificación de la entidad bancaria donde está constituida la cuenta maestra de Salud Pública en la que conste el pago de intereses a tasas comerciales aceptables al momento de aperturas la cuenta
- Se verificó que el municipio cumple ya que presentó como soporte el convenio y el OTROSI suscritos con el **banco:** _____ con **sede en el municipio** _____.
- El municipio cumple con el reporte y novedades de los beneficiarios de la cuenta Maestra de Salud Pública, ya que presentó los respectivos soportes remitidos a la Entidad bancaria

donde está constituida la cuenta maestra en concordancia con el inciso _____ No () del artículo 16 de la Resolución 991/2009

- El municipio cumple con el acuerdo suscrito con la entidad bancaria en cuanto al pago de los intereses generados a tasas comerciales aceptables en concordancia con **el artículo 16 de la resolución 991/2009.**

Con el fin de verificar los saldos de tesorería teniendo en cuenta los extractos bancarios, modificaciones y adiciones presupuestales de ingresos (Recaudos) y gastos (Pagos) para la cuenta de Salud pública Colectiva se solicitó a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- Libro Auxiliar de Bancos de la cuenta maestra de Salud Publica Colectiva
- Comprobantes de Egreso de los giros electrónicos

Analizados los soportes antes citados se pudo verificar que el municipio cumple con lo requerido anteriormente ya que los saldo en tesorería coinciden con las conciliaciones bancarias, acuerdos y o decretos de incorporación de los recursos y los saldos del libro auxiliar de bancos de la cuenta maestra de salud pública colectiva.

- Verificar los reportes bancarios y otros informes con los que cuente el municipio para la cuenta maestra de Salud Publica para determinar la oportunidad en el giro teniendo en cuenta las transferencias electrónicas a los beneficiarios registrados para dicha cuenta.

Con el fin de verificar la oportunidad en el giro en la cuenta maestra de Salud Pública se solicitó a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- Fecha de recepción de las cuentas de cobro de los beneficiarios (ESE Contratista)
- Comprobante de Egreso de los giros electrónicos

El municipio cumple con lo requerido anteriormente. Ya que al cruzar la información suministrada su pudo determinar que hay oportunidad en el giro electrónico de los pagos a favor de la ESE Contratista ESE: _____

toda vez que se canceló en promedio a los ___ días hábiles siguientes a la presentación las cuentas de cobro respectivas por parte de la ESE beneficiaria.

La ESE contratista ejecutó los recursos financieros a favor de los contratos ínter administrativos **No** _____ en

un porcentaje igual a: **Valor ejecutado** \$ _____ / **valor asignado** \$ _____
X 100 = _____ %.

El municipio presenta ejecución final de los recursos asignados del: **valor total ejecutado** \$ _____ / **valor total asignado** \$ _____ **X 100 =** _____ %

El municipio presenta ejecución de los recursos financieros durante la anualidad del Año _____ así:

Valor total final asignado incorporado	\$
Menos valor comprometido	\$
Saldo final sin comprometer	\$

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01 Página 16 de 41

A la fecha de la visita se ha incorporado los intereses de los meses: _____ . Con corte al mes de diciembre la cuenta maestra generó rendimientos por un **Total** de \$ _____ de los cuales se ha incorporado el _____ %.

B. EVALUACION TECNICA

POAIn CONTRATADOS

1. -SALUD ORAL.

RESPONSABLE	DE	LINEA	IDS:
RESPONSABLE	MUNICIPIO	(COORDINADOR DE SALUD PÚBLICA)	

EJECUCION TECNICA: Durante el Año _____ se logro una ejecución técnica de _____ %

SOPORTES TECNICOS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista **La Odontóloga** _____ identificada con cedula de ciudadanía N° _____, ejecutó el proyecto como profesional según consta en el contrato N° _____ del Día _____ Mes _____ Año _____. Los documentos técnicos que sirvieron de soportes fueron el levantamiento de línea base, el diagnóstico de salud bucal, notificación de la fluorosis dental, cumplimiento de la norma técnica de salud bucal, acta de docentes capacitados en temas de salud bucal e implementación de la cátedra de salud pública, promoción de hábitos en salud bucal y fortalecimiento de la demanda inducida a los servicios de odontología y evidencias fotográficas.

2.- ENFERMEDADES CRONICAS

RESPONSABLE	DE	LINEA	IDS:
RESPONSABLE	MUNICIPIO	(COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL)	

EJECUCION TECNICA: Durante el Año _____ se logro una ejecución técnica de _____ %

SOPORTES TECNICOS: A la fecha de la evaluación la ESE contratista tiene designada como ejecutora a **La Fisioterapeuta** _____, identificada con cédula de ciudadanía N° _____, Vinculada mediante contrato de prestación de servicio N° _____ del Día _____ Mes _____ Año _____. Los documentos técnicos que sirvieron de soporte fueron el seguimiento a la línea base, aplicación de encuestas DANE para detectar pacientes con discapacidad, celebración del día de la actividad física, actas de reunión de red intersectorial de actividad física, instrumento de medición de la prevalencia de la actividad física, pendón de rotulado nutricional, acta de celebración del día mundial del no consumo de tabaco, elaboración de afiche y actas de movilización social para la promoción de espacios libres de humo, actas de reuniones del comité de discapacidad, actas de socialización de resultado de la encuesta de factores de riesgo a la Red Intersectorial de estilos de Vida Saludable, documento de tamizaje de agudeza visual, afiche de prevención renal crónica, acta de socialización de la guía de atención de ERC, documento de búsqueda activa sobre Factores de Riesgo (tensión arterial, Índice Masa Corporal y glucometría), acta de Difusión de la norma técnica al adulto mayor y Guía de Atención

	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 17 de 41

general de la Diabetes tipo I y II, HTA, y Obesidad, Resolución 4003/2008, y guías basadas en la evidencia científica, actas de análisis de COVES de ECNT.

3.- TUBERCULOSIS

RESPONSABLE DE LINEA IDS:

RESPONSABLE MUNICIPIO COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL:

EJECUCION TECNICA: Durante el Año _____ se logro una ejecución técnica de _____%

SOPORTES TECNICOS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista

La **Bacterióloga** _____ identificada con cedula de ciudadanía N° _____, Vinculada mediante contrato de prestación de servicio N° _____ del Día _____ Mes _____ Año _____. Los documentos técnicos que sirvieron de soporte fueron toma de basiloscopias y reporte de pacientes positivos, acta y lista de asistencia de capacitación en tuberculosis a personal de salud, acta y lista de asistencia de capacitación de docentes en Estrategia Inspectores de Tuberculosis para su implementación, actas de capacitación de 15 líderes veredales en el control de la TBC, acta y lista de asistencia a charlas educativas, entrega de volantes, parte lúdica en conmemoración a el día mundial de TBC con títeres y monologo, volantes informativos de signos y síntomas de la enfermedad, Acta y lista de asistencia de celebración del día mundial de la tuberculosis, actas de trabajo inter programático de Análisis de indicadores del Programa de Tuberculosis, actas de visitas para la vigilancia de la resistencia a medicamentos antituberculosos, acta y lista de asistencia de capacitación a funcionarios de la ESE, documento de Plan de acción para búsqueda activa y mapa de riesgo, Acta de compromiso político por parte del alcalde, personero y gerente de la ESE para el control de la tuberculosis.

4. - LEPRO

RESPONSABLE DE LINEA IDS: -

RESPONSABLE MUNICIPIO COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL:

EJECUCION TECNICA: Durante el Año _____ se logro una ejecución técnica de _____%

SOPORTES TECNICOS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista

La **Bacterióloga** _____ identificada con cedula de ciudadanía N° _____, Vinculada mediante contrato de prestación de servicio N° _____ del Día _____ Mes _____ Año _____. Los documentos técnicos que sirvieron de soporte fueron tomas de muestras a pacientes sintomáticos de piel, seguimiento a los pacientes de lepra y sus familiares, acta y lista de asistencia de Capacitación con personal de salud de IPS en guía de atención integral de lepra, el decreto 3039 y resolución 425, evidencias fotográficas de la celebración del día de la prevención y control de la lepra, lista de asistencia a charlas a grupos focales y a la comunidad en general, lista de asistencia de docentes capacitados para el desarrollo del componente de lepra en cátedra de salud pública, actas de realización de 2 mesas de trabajo con la red intersectorial para informar acerca de la situación de los pacientes de enfermedad de Hansen, certificado de emisión de cuñas radiales elaboradas con el grupo focal.

5.- SALUD MENTAL

	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 18 de 41

RESPONSABLE DE LINEA IDS:
RESPONSABLE MUNICIPIO DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL): _____

EJECUCION TECNICA: Durante el Año _____ se logro una ejecución técnica de _____ %

SOPORTES TECNICOS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista

La Psicóloga _____, identificada con cedula de ciudadanía N° _____, Se le asignaron las funciones mediante contrato de prestación de servicios profesionales N° _____, suscrito el **Día** _____ **Mes** _____ **Año** _____. Los documentos técnicos que sirvieron de soporte fueron el diagnóstico elaborado en el 2008, el análisis de la situación en salud y los casos de la vigencia que se remiten al SIVIGILA, actas y lista de asistencia de las redes sociales e intersectoriales para desarrollo de actividades de promoción de la política de Salud Mental, prevención de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, actas y listas de asistencias a las mesas de trabajo de promoción para la prevención del abuso y violencia sexual con participación del 100% de los sectores existentes en el municipio; actas, listas de asistencias y certificados que promueven estrategias IEC para el control de factores de riesgo relacionados con la salud mental; actas y planes elaborados durante la mesa de trabajo de planeación y mesas de seguimiento a la operativización de las normas de obligatorio cumplimiento con las IPS's y EPS's del Municipio; Formatos de seguimientos en APS Mental; acta de socialización de Manual diseñado para el curso Psicoprofiláctico y/o de preparación para el parto humanizado; formato de seguimiento al sistema de referencia y contrarreferencia del usuario con enfermedad mental de las IPS's del municipio; documento de la Ruta de Atención en Salud a Usuarios con Enfermedad Mental; Consolidado de eventos notificados; mapa de salud mental; actas de COVE; Documento Informe Epidemiológico; documento plan de contingencia; Acta de compromiso para estrategia AIEPI

6. PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)

RESPONSABLE DE LINEA IDS:
RESPONSABLE MUNICIPIO COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL): _____

EJECUCION TECNICA: Durante el Año _____ se logro una ejecución técnica de _____ %

SOPORTES TECNICOS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista

La Bacterióloga _____, Vinculada mediante contrato de prestación de servicio N° _____, suscrito el **Día** _____ **Mes** _____ **Año** _____.
 El personal que sirvió de apoyo fue el siguiente: _____

Los documentos técnicos que sirvieron de soporte fueron la verificación de la red de frio, censos de canalización, mapas de riesgos, apoyo logístico y consolidado mensual de niños vacunados enviados al IDS, plan de vacunación de fiebre amarilla.

	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 19 de 41

7. AIEPI

RESPONSABLE DE LINEA IDS:

RESPONSABLE MUNICIPIO COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL:

EJECUCION TECNICA: Durante el Año _____ se logro una ejecución técnica de _____ %
SOPORTES TECNICOS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista la **Auxiliar De Enfermería** _____, identificada con cedula de ciudadanía N° _____, N° _____, suscrito el Día _____ Mes _____ Año _____. Los documentos técnicos que sirvieron de soporte fueron el acta de socialización a la comunidad de las diez y ocho prácticas claves, capacitación de un funcionario de salud de la ESE en AIEPI clínico; acta de capacitación, lista de asistencia, encuesta y producto de estrategia IEC; documento de diagnostico del municipio e instituciones de salud; documento de análisis del periodo Año _____, y datos del sivilgia _____.

8.- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

RESPONSABLE DE LINEA IDS:

RESPONSABLE MUNICIPIO (COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL):

EJECUCION TECNICA: Durante el Año _____ se logro una ejecución técnica de _____ %
SOPORTES TECNICOS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista **La Fisioterapeuta** _____, identificada con cedula de ciudadanía N° _____, vinculada mediante contrato de prestación de servicios profesionales N° _____, suscrito el Día _____ Mes _____ Año _____. Los documentos técnicos que sirvieron de soporte fueron los eventos presentados, promoción de servicios amigables; censo poblacional identificando la población inasistente, los programas de Control Prenatal, Planificación Familiar, Prevención de CCU y Adolescentes identificando riesgo; plan de acción para Garantizar la adherencia de la población a través de estrategias que permitan la inducción de la demanda en el 100% de la IPS del municipio sobre los servicios de Control Prenatal, Planificación Familiar, Prevención de CCU, Adolescentes y VIH dirigida a la Población en general; documento de análisis, evaluación y divulgación de la situación epidemiológica de los eventos de salud sexual

9. NUTRICION

RESPONSABLE DE LINEA IDS:

RESPONSABLE MUNICIPIO (COORDINADORA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL):

EJECUCION TECNICA: Durante el Año _____ se logro una ejecución técnica de _____ %
SOPORTES TECNICOS: Responsable de la ejecución asignado por la ESE contratista **la Nutricionista** _____, identificada con cedula de

ciudadanía N° _____, vinculada mediante contrato de prestación de servicios profesionales N° _____, suscrito el **Día** _____ **Mes** _____ **Año** _____. Los documentos técnicos que sirvieron de soporte fueron: peso y talla, crecimiento y desarrollo y reportes al SISVAN; actas, listas de asistencia de Promoción comunitaria de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos años de vida en un 70% de gestantes y lactantes; actas y lista de asistencia para la concertación institucional e intersectorial para la formulación, adopción, ejecución y seguimiento del Plan de seguridad alimentaria y nutricional.

CUADRO No. 1

**LOGROS ALCANZADOS EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS
METAS DE SALUD PÚBLICA – PERIODO ENERO-DICIEMBRE AÑO _____**

NOMBRES DE LOS POAIN	LOGROS ALCANZADOS
LEPRA	
TBC	
SALUD MENTAL	
PAI	
SALUD ORAL	
CRONICAS	
EDA-IRA	
SASER	
NUTRICION	

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 21 de 41

CUADRO N ° 2

**DIIFICULTADES ENCONTRADAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE SALUD
PÚBLICA – AÑO_____.**

COMPETENCIAS Y PRIORIDADES EN SALUD PUBLICA	DIFICULTADES ENCONTRADAS
LEPRA	
TBC	
SALUD MENTAL	
PAI	
SALUD ORAL	
CRONICAS	
AIEPI	
SASER	
NUTRICION	

COPIA CONTROLADA

CUADRO No. 3

**CONSOLIDADO DE EVALUACION FINAL DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE
INTERVENCIONES COLECTIVAS CONTRATADAS EN CONCORDANCIA CON EL CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO No _____ Año 2.0_.**

**SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE: _____
ESE _____**

PRIORIDAD	ACTIVIDAD			METAS DE PRODUCTO ANUAL			METAS DE RESULTADO			OBSERVACIONES
	P	E	%	P	E	%	P	E	%	
PAI										
NUTRICION										
TUBERCULOSIS										
LEPRA										
SALUD ORAL										
SALUD MENTAL										
SASER										
CRÓNICAS										
AIEPI										
TOTAL										

	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 23 de 41

**OBSERVACIONES TECNICAS A LA REVISIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS POAIN RESOLUCIÓN 425/08
PARA LA VIGENCIA FISCAL 2.0_____.**

1. Se verificó si el municipio ha formulado y realizado seguimiento y evaluación al Plan territorial de Salud y al Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) durante los años _____ estableciendo que:

Se concluye que el municipio cumple con lo requerido anteriormente citado ya que examinados los soportes presentados se pudo constatar que el ente territorial aplica la norma en concordancia con la **Ley 715 de 2001 y la Resolución 425/2008.**

En justificación a la anterior respuesta se solicitó a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

**Plan cuatrienal y anual avalado por los funcionarios competentes
Acta de consejo territorial vigente revisada técnicamente por el área de participación social
Perfil epidemiológico vigente actualizado y socializado
Actas de seguimiento realizadas por el Coordinador de Salud Pública
Acta de evaluación final de los PIC**

2. Se procedió a verificar que en el Plan Operativo Anual, los objetivos, metas y estrategias fueran coherentes y consistentes con el diagnóstico y las prioridades definidas en el plan indicativo de salud por las siguientes razones concluyendo que el municipio:

Marque con una X

- SI Cumple: _____
- No cumple: _____

En justificación a la anterior respuesta se solicitó a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- **POAS con revisión técnica del IDS y avalados técnicamente por el consejo territorial**
- **Análisis de situación de salud (perfil epidemiológico)**

3. Se verificó la evaluación de los Planes Indicativos de Salud y Operativo Anual verificando el avance del cumplimiento de las acciones ejecutadas y que estos estuvieran con indicadores que permitan medir el cumplimiento de las mismas, por los años: _____ concluyendo que el municipio:

Si Cumple _____ No cumplió _____

Si el municipio cumplió se solicita a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- **Matrices de evaluación técnico financiera y soportes técnicos).**
4. Se procedió a verificar que las metas de producto contengan los correspondientes indicadores.

Si Cumple _____ No cumplió _____

Si cumplió el municipio se solicita para justificar la respuesta los siguientes soportes:

- **Anexo 3 y matriz de evaluación técnico-financiera trimestral.**
- 5.** Se procedió a verificar que el municipio evaluado hubiese elaborado, consolidado y remitido al IDS los cuatro informes trimestrales de seguimiento pertinentes a la evaluación de la anualidad Año _____ en lo pertinente al Eje programático de Salud Pública
Cumplió: Si _____ No _____

Justificación:

Si el municipio cumplió se solicita a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- **De acuerdo a lo reportado por la oficina de gestión del IDS (entrega de informes trimestrales y oportunidad de la entrega de estos).**
- 6.** Se procedió a verificar que el municipio está cumpliendo con las metas de resultado de las vigencias _____.

En justificación a la anterior respuesta se solicitó a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- **Informe de metas de resultado del municipio emitido por cada línea de acción del IDS.**
- 7.** Se procedió a verificar la contratación oportuna (a 30 de enero) de las acciones del plan de intervenciones colectivas con la red pública de acuerdo a la **Resolución 3042/2008** en su artículo 19 y el numeral 1 del artículo 18. pudiéndose constatar que:

Si el municipio cumplió en justificación a la anterior respuesta se solicitó a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- **Contrato y acta de inicio debidamente formalizado y legalizado por las partes competentes.**
- 8.** Se procedió a verificar la cobertura de vacunación del esquema PAI pudiéndose constatar que el municipio alcanzó una cobertura del _____%, según último informe del monitoreo reportado de acuerdo a la vigencia **Año 2.0** .

	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 25 de 41

Observación: _____

Si el municipio cumplió en justificación a la anterior respuesta se solicitó a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- **Informe Consolidado de la línea de acción.**

9. Se procedió a verificar el funcionamiento del Servicio de Atención a la Comunidad (SAC) asegurándose que existan documentos que permitan consolidar y estandarizar la información. (Información sobre registro, tramite y seguimiento a las quejas , reclamos, y solicitudes), así como los informes consolidados reportados a la Dirección Departamental de Salud. (Solo aplica para los municipios descentralizados, Pamplona y Ocaña).

Cumple: Si _____ No _____

Si el municipio cumplió con lo anteriormente requerido se solicitó a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- **Acto administrativo de creación y oficina operando.**
- **Resolución de nombramiento del funcionario encargado.**
- **Aplicación de encuesta de monitoreo.**
- **Manual de funciones, procesos y procedimientos.**
- **Formato de quejas.**

10. Se procedió a verificar las evidencias de los Mecanismos de Participación y control social en la formulación del plan y en los servicios de salud, a través de:

1. Existencia de las actas de reuniones del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

Si _____ No _____

2. Existencias de actas de veedurías o informes de veedores en salud.

Si _____ No _____

3. Existencia de actas de funcionamiento de las organizaciones o redes de apoyo social.

Si _____ No _____

El municipio cumple: Si _____ No _____

Justificación:

	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 26 de 41

Si el municipio cumple se solicitó a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- **Actas de conformación, actas de reuniones, listado de asistencia, directorio de integrantes y encuesta de monitoreo.**

10. Se verificó si el municipio cumplió con la Conformación y funcionamiento de los siguientes comités:

1. **Comité de Vigilancia Epidemiológica, Decreto 3518/2006 MPS**
2. **Comités de Participación Comunitaria (COPACOS) Decreto 1757 de 1994**
3. **Comités técnicos territoriales de discapacidad, según artículo 16 Ley 1145 de 2007.**

Cumplió: Si _____ No _____

Si el municipio cumplió se solicitó a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- **Acto administrativo de creación**
- **Actas de reuniones de los comités y listado de asistencia (para los comités de vigilancia epidemiológica son mensuales).**

1. **Comité de Vigilancia Epidemiológica, Decreto 3518/2006 MP** No Si _
2. **Comités de Participación Comunitaria (COPACOS) Decreto 1757 de 1994** No_ Si_.
3. **Comités técnicos territoriales de discapacidad, según artículo 16 Ley 1145 de 2007.** No__ Si__

11. Se procedió a verificar soportes, procedimientos e informes de Audiencias para la Rendición de Cuentas pudiéndose constatar que el municipio:

Cumple: Si _____ No _____

Justificación:

Si el municipio cumplió se solicitó a los funcionarios competentes los siguientes soportes:

- **Informe o acta en medio físico y magnético**
- **listado de asistencia y evidencias fotográficas.**

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 27 de 41

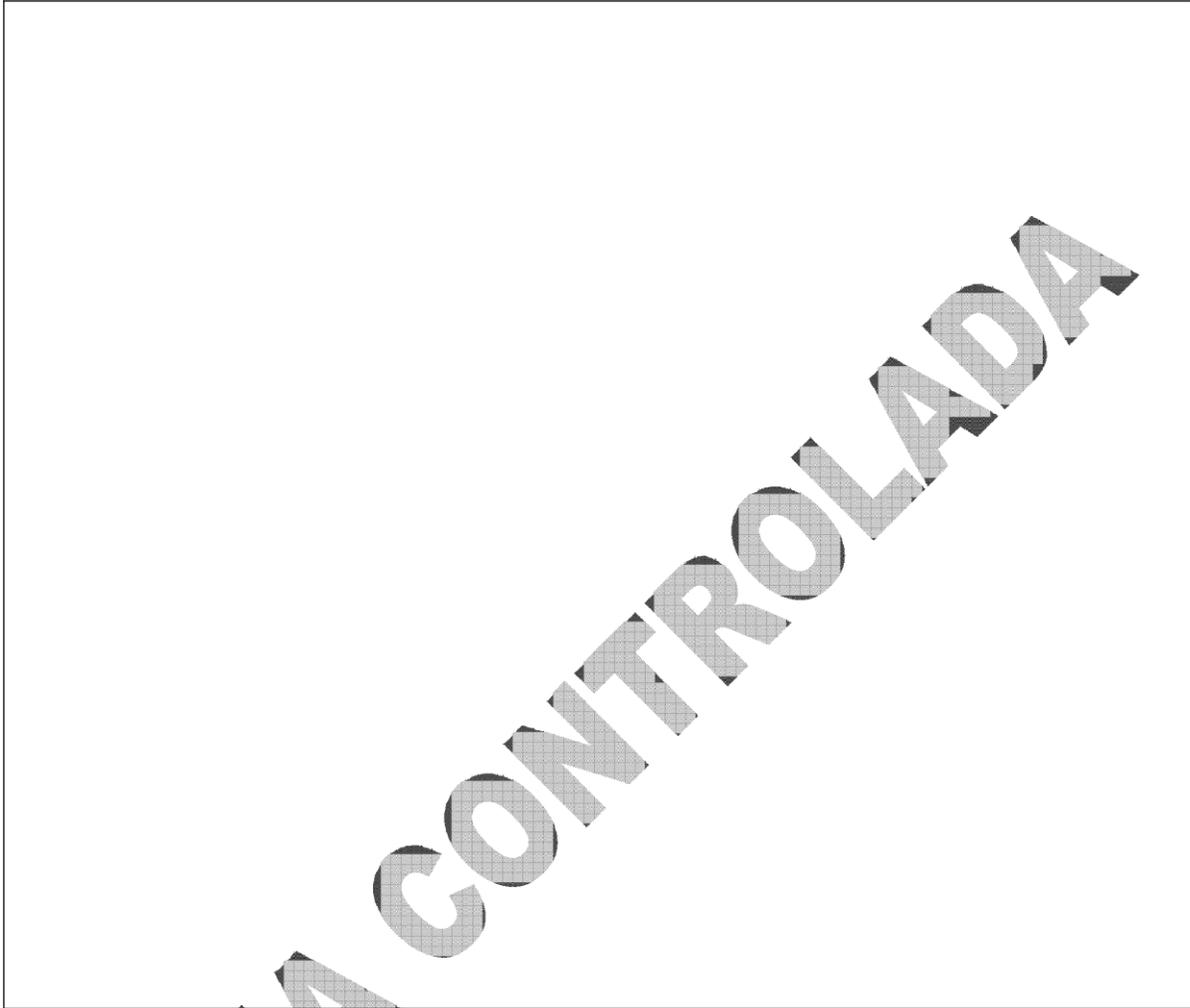
CONCLUSIONES:

A. FINANCIERAS:

Los libros de bancos y extractos bancarios de la cuenta maestra donde se manejan recursos de SALUD PÚBLICA reflejan que:



TECNICAS:



RECOMENDACIONES:

A. FINANCIERAS:





B .TECNICAS:





SALUD PUBLICA

Código: P-SP-GE10-01

**INFORME DE EVALUACION
TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE
SALUD**

**Fecha Aprobación:
25/05/11**

Versión: 01

Página 30 de 41



Alcalde Municipal

Coordinadora Salud Pública

Asesor Técnico IDS

Asesor Financiero IDS

**Evaluadora de Capacidad de Gestión
En Salud Pública municipios**

ORIGINAL: (en medio físico y magnético) Para el municipio.

ORIGINAL: (en medio físico y magnético) Para la Coordinación departamental de salud pública

COPIA: (en medio físico y magnético) Para el Asesor(a) técnico del I.D.S.

	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 31 de 41

ACTA FINAL DE EVALUACIÓN TÉCNICO-FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (RESOLUCIÓN 425 DE FEBRERO 11 DE 2.008) DEL MUNICIPIO DE _____ DE LA VIGENCIA FISCAL 20__.



A. EVALUACION FINANCIERA.

Que al municipio se le asignaron recursos para la vigencia fiscal 20_____

OBSERVACIONES CUADRO No 1:

COPIA CONTROLADA

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 34 de 41

CUADRO No 2

DISTRIBUCIÓN Y EJECUCIÓN DE RECURSOS SEGÚN COMPETENCIAS Y PRIORIDADES EN SALUD PÚBLICA

NOMBRE DE LOS PLANES INDICATIVOS EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCIÓN 425 DE 2.008.	1 TOTAL RECURSOS ASIGNADOS	2 PROPORCIÓN RESPECTO AL TOTAL DE RECURSOS DISPONIBLES (Valor asignado al POA/total de recursos asignados)	3 TOTAL RECURSOS EJECUTADOS A DICIEMBRE 31 DE 2010	4 SALDO SIN EJECUTAR DE LOS PLANES INDICATIVOS RESOLUCIÓN 425/08.	5=3/1X100 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
LEPRA					
TBC					
SALUD MENTAL					
PAI					
SALUD ORAL					
CRONICAS					
AIEPI					
SASER					
NUTRICION					
TOTAL RECURSOS CONTRATADOS CON LA ESE.					
Reservas de Inversión SP vigencia anterior/Año 2.0					
VALOR NO INCORPORADO EN LA VIGENCIA FISCAL DE Año 2.0 SIN INCORPORAR					
TOTAL RECURSOS ASIGNADOS PARA EL AÑO.					

Nota: El porcentaje de la columna No.2 es el resultado de dividir el valor total asignado a cada POAIn entre el total de los recursos asignados para el año 2.0_____.

Nota: El porcentaje de la columna N. 4 es el resultado del valor asignado a cada poai (1) menos el valor ejecutado (3) $(1)-(3)= 4$

Analizada la ejecución presupuestal con corte a diciembre 31 de 2.0_____el municipio presenta incorporaciones presupuestales así:

**CUADRO 5
INCORPORACION DE RECURSOS FINANCIEROS SEGÚN ACTOS ADMINISTRATIVOS**

Concepto	Acuerdo o Decreto	Fecha	Valor incorporado	Valor Reducción
<i>Presupuesto inicial vigencia 2.0__p</i>				
<i>Reservas de apropiación</i>				
<i>Ultima doceava/ 09 Conpes 130</i>				
<i>Cancelación Reservas</i>				
<i>Recursos del Balance</i>				
<i>Ajuste Conpes 132/10</i>				
<i>Incorporación saldo liquidación convenio 09/09</i>				
<i>Reducción al Conpes 133/10</i>				
<i>Traslado rendimientos financieros/10</i>				
<i>Reducción rendimientos financieros/10</i>				
TOTALES				
TOTAL INCORPORADO				

INGRESOS

1.	\$
----	----

GASTOS

1.	\$
----	----

TOTAL DE PAGOS	\$
SALDO EN EL BANCO	\$

NOTA: Se toma como documento soporte (los extractos bancarios de enero a diciembre, las conciliaciones de cada mes y los cheques sin cobrar a diciembre 3 de la vigencia a evaluar)

	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 37 de 41

**INFORME FINANCIERO FINAL A LOS CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS No. _____
SUSCRITOS ENTRE EL MUNICIPIO DE _____
Y LA ESE _____.**

OBJETO DEL CONTRATO No _____

(Se transcribe el objeto del contrato inicial y el los adicionales que aparece en la minuta de los mismos).

COPIA CONTROLADA

ENTIDAD CONTRATANTE MUNICIPIO:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MUNICIPIO (ALCALDE):

ENTIDAD CONTRATISTA ESE:

REPRESENTANTE LEGAL DE LA ESE:

COORDINADOR(A) DE SALUD PÚBLICA:

MARQUE CON UNA X

- MODALIDAD DE VINCULACIÓN DEL COORDINADOR DE SALUD PÚBLICA:
CONTRADO () Y/O de NOMINA () Supervisor (a) del Convenio por parte del
municipio: _____
- MODALIDAD DE VINCULACIÓN DEL COORDINADOR DE SALUD PÚBLICA:
CONTRADO () Y/O DE NOMINA ()

SI ES CONTRATISTA.

CONTRATO N° _____ de prestación de servicios profesionales: Día _____ Mes _____
Año _____.

DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN:

ACTA DE INICIO No _____

ACTA DE INICIO No _____.

FECHA DE INICIO DEL OBJETO CONTRATADO: _____

FECHA DE INICIO DEL OBJETO CONTRATADO _____

RUBRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
	AIEPI	
	AIEPI	
	AIEPI	
	PAI	
	SASER	
	SALUD ORAL	
	SALUD MENTAL	
	TBC	
	LEPRA	
	CRONICAS	
	NUTRICION	
TOTAL		

EVALUACIÓN FINANCIERA DEFINITIVA A LOS CONVENIOS No.

Valor inicial al Contrato No.	
Valor inicial al Contrato No	
Vr. TOTAL CONTRATADO	
Valor ejecutado por la ESE validado por el municipio.	
Valor total glosado por el municipio.	
Valor a favor del municipio (igual al valor total glosado)	
Valor pendiente de pago a la ESE contratista.	

EVALUACION FINANCIERA PORCENTUAL DE CADA POAI TOMANDO COMO REFERENCIA LA APLICACIÓN EFECTUADA POR EL SUPERVISOR DEL MUNICIPIO

POAI	EJECUCION PORCENTUAL
LEPRA	
TBC	
SALUD MENTAL	
PAI	
SALUD ORAL	
CRONICAS	
AIEPI	
SASER	
NUTRICION	

A. EVALUACION TECNICA.

CUADRO No. 1

**LOGROS ALCANZADOS EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS
METAS DE SALUD PÚBLICA – PERIODO ENERO-DICIEMBRE AÑO 2010**

NOMBRES DE LOS POAIN	LOGROS ALCANZADOS
LEPRA	
TBC	
SALUD MENTAL	
PAI	
SALUD ORAL	
CRONICAS	
EDA-IRA	
SASER	
NUTRICION	

CUADRO N° 2

**DIIFICULTADES ENCONTRADAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE SALUD
PÚBLICA – AÑO 2.0__.**

COMPETENCIAS Y PRIORIDADES EN SALUD PUBLICA	DIFICULTADES ENCONTRADAS
LEPRA	
TBC	
SALUD MENTAL	
PAI	
SALUD ORAL	
CRONICAS	
AIEPI	
SASER	
NUTRICION	

CUADRO No. 3

**CONSOLIDADO DE EVALUACION FINAL DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE
INTERVENCIONES COLECTIVAS CONTRATADAS EN CONCORDANCIA CON EL CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO No _____ Año _____.
SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE _____ Y LA ESE**

PRIORIDAD	ACTIVIDAD			METAS DE PRODUCTO ANUAL			METAS DE RESULTADO			OBSERVACIONES
	P	E	%	P	E	%	P	E	%	
PAI										
NUTRICION										
TUBERCULOSIS										
LEPRA										
SALUD ORAL										
SALUD MENTAL										
SASER										
CRÓNICAS										
AIEPI										
TOTAL										

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	SALUD PUBLICA	Código: P-SP-GE10-01
	INFORME DE EVALUACION TECNICO FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD	Fecha Aprobación: 25/05/11
		Versión: 01
		Página 41 de 41

EVALUACION TECNICA PORCENTUAL DE CADA POAI TOMANDO COMO REFERENCIA LA APLICACIÓN EFECTUADA POR EL SUPUERVISOR DEL MUNICIPIO

NOMBRE DE POAI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
PAI	
NUTRICION	
TUBERCULOSIS	
LEPRA	
SALUD ORAL	
SALUD MENTAL	
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
CRÓNICAS	
AIEPI	

Los soportes técnicos y financieros que soportaron la justificación de la presente evaluación quedan bajo custodia en los archivos del municipio que genera la información.

La presente evaluación se da: días ___ del mes ___ Año tomando como referencia el numeral 15 del artículo 25 de la ley 80 de 1.993, artículo 18 de la ley 489 de 1.998, el principio constitucional de buena fe y el artículo 13 del Decreto 2.150 de 1.995 suscrito por los funcionarios competentes que intervinieron en la presente evaluación.

Alcalde Municipal

Coordinadora Salud Pública

Asesor Técnico IDS

Asesor Financiero IDS

**Evaluadora de Capacidad de Gestión en
Salud Pública**

ORIGINAL: (en medio físico y magnético) Para el municipio.

ORIGINAL: (en medio físico y magnético) Para la Coordinación departamental de salud pública

COPIA: (en medio físico y magnético) Para el Asesor(a) técnico del I.D.S.