**PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL**

**ETAPA CONTRACTUAL**

**FORMATO**
**INFOME DE SUPERVISIÓN**

| **INFORME DE SUPERVISIÓN No. 04 del 10/11/2021** | |
|---|---|
| **DIRECCIÓN, ÁREA, REGIONAL O CENTRO ORDENADORA DE GASTO:** | **Dirección Regional Nariño.** |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | **SONIA NARDET VITERI ROSERO** |
| **APOYO A LA SUPERVISIÓN:** | N/A |
| **CONTRATO No:** | **CO1.PCCNTR.2635713** |
| **TIPO DE CONTRATO:** | **Prestacion de Servicios** |
| **OBJETO:** | Prestación de servicios de especialistas en odontología, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Nariño, que sean remitidos bajo autorización del odontólogo asesor del SENA Regional Nariño |
| **VALOR:** | $ 10.000.000 |
| **CONTRATISTA:** | **CLINICA ODONTOLOGICA ORTHOESTETICA DENTAL** |
| **NIT:** | **900.696.285-3** |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | Municipio de Pasto – SENA Regional Nariño |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 6 de julio del 2021 |
| **FECHA DE INICIO:** | 7 de julio del 2021 |
| **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:** | 7 de julio del 2021 al 31 de diciembre del año 2021 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $ 10.000.000 |
| **ADICION CONTRATO:** | Se realiza una adición al contrato **CO1.PCCNTR.2635713** por valor de tres millones de pesos mda/cte ($3.000.000) |
| **VALOR CONTRATO MAS ADICION :** | $13.000.000 |
| **FORMA DE PAGO:** | El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a pagar el valor del contrato subordinado a las apropiaciones que del mismo se hagan del presupuesto de la siguiente manera: El pago se realizará, dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura por parte del contratista, previa recepción de los bienes y servicios recibidos a satisfacción por parte de la supervisión. El Sena pagara dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura por parte del |

| | |
|---|---|
| | contratista (cuando esta se deba expedir), previa recepción de los elementos a satisfacción por parte de la SUPERVISIÓN, lo cual deberá quedar soportado en la respectiva acta de Supervisión o Interventoría. Para la realización de cualquier pago el contratista deberá acreditar previamente encontrarse al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscal. Si las facturas no han sido bien elaboradas o no se acompañan de los documentos que la respalde los términos anteriores solo empezaran a contarse desde la fecha en que quede corregida la cuenta o factura o desde aquella en que se allá aportado los documentos. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del proveedor, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. El SENA efectuará al CONTRATISTA las retenciones que en materia tributaria tenga establecida la Ley y respecto de las cuales sea su obligación efectuar la retención. En los demás el contratista deberá cumplir con el pago de los impuestos, tasas o contribuciones que se deriven de la presente contratación |

| OBLIGACIONES | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTO |
|---|---|---|
| Prestar el servicio de odontólogos especialistas para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos, mediante el carné vigente y la orden de atención expedida por el médico asesor de la Regional Nariño, la cual será válida por un mes | | **formulas expedida por la medica asesora del SENA el beneficiario presenta carnet y cedula para la atencion** |
| Llevar la historia clínica debidamente diligenciada, efectuar la remisión oportuna y dejar constancia con fecha exacta de cada atención o | | |

| | | |
|---|---|---|
| control que se haya prestado a cada paciente | | |
| La atención para los beneficiarios del SMA, debe ser preferencial y en consultorio privado | | **Consultorio privado ubicado en la calle 20N 24-37 consultorio 403** |
| Atender adecuadamente al paciente mientras se halle a su cargo | | |
| Permitir el acceso a las historias Clínicas odontológicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesario la verificación y revisión de los servicios prestados | | **Elaboración y cargue de cuentas de cobro con todos sus soportes en la plataforma de secop 2** |
| Elaborar mensualmente las cuentas de cobro, anexando los originales y copia de las órdenes de atención, con oficio para ser radicadas en la oficina de administración de documentos y la copia de la factura subir a la plataforma Secop II. **Las cuentas en ningún caso podrán presentarse por sumas superiores a las tarifas acordadas,** | | |
| Informar al SENA todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad. | | |
| El contratista deberá dar cumplimiento a sus obligaciones frente al sistema de Seguridad Social Integral, | | **Planilla de pago numero 8616170610** |

| | | |
|---|---|---|
| Parafiscales (cajas de compensación familiar, SENA, ICBF), durante la vigencia del contrato, de conformidad con las normas vigentes. | | |
| El contratista deberá presentar y mantener vigentes los permisos o licencias exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio del servicio prestado. | | |
| El Contratista deberá entregar a la Entidad con el primer pago la Certificación expedida por ARL del Nivel de Riesgo al cual pertenece | | **Documentos entregados y revisados** |
| El Contratista deberá presentar ante el SENA junto con el primer pago la certificación de que cuenta con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y que se encuentra en implementación, certificación que debe ser firmado por un Profesional en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con licencia en Salud Ocupacional o en Seguridad y Salud en el Trabajo vigente, en concordancia con de la Resolución 0312 de 2019 | | **Documentos entregados y revisados** |

| FECHA | No. DE FACTURA | VALOR A CANCELAR | VALOR EJECUTADO | SALDO DEL CONTRATO | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA |
|---|---|---|---|---|---|
| **Mes de octubre del 2021** | **E-170** | **$ 1.026.341** | **$ 8.153.254** | **$ 4.846.746** | |

**OBSERVACIONES**

En desarrollo de las funciones de supervisión me permito certificar mediante la presente Acta que: EL CONTRATISTA **CLINICA ODONTOLOGICA ORTHOESTETICA DENTAL identificado con NIT N°. 900.696.285-3** ha cumplido a satisfacción con el objeto de la Prestación del servicio de especialistas en odontología, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, en el SENA Regional Nariño, Identificado al inicio de esta acta, razón por la cual se le debe reconocer por concepto de pago de la factura número **E-170** correspondiente al mes de octubre del 2021 por la suma de **($1.026.341)** correspondiente al cumplimiento del objeto contractual

Adicional a lo anterior, certifico que se ha cumplido con las funciones de verificación, vigilancia y control frente al concepto del pago solicitado, y que es procedente la ordenación de pago respectiva, Igualmente certifico que **se ha dado cumplimiento a las obligaciones señaladas en el Manual de Supervisión e Interventoría del SENA y el Estatuto Anticorrupción**, y entre las cuales se encuentra la verificación de que el contratista se encuentra a paz y salvo en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, aportes parafiscales



**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR**

Supervisor: **SONIA NARDET VITERI ROSERO**

Cargo: **LIDER SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL**

CC No. **30728850**

*Elaboró: Diego Guerrero Apoyo SMA*

*.Revisó: Sonia Nardet Viteri, líder SMAy SST*