| GOBERNACION DE ANTIOQUIA<br>REPUBLICA DE COLOMBIA | **INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN ESTATAL** | Código: FO-M7-P6-016<br>Versión: 02<br>Fecha de aprobación:<br>06 de enero de 2022 |
|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE INFORME** | Informe No. 1 | | | | | |
| **SUPERVISION** | x | | | | | |
| **INTERVENTORÍA** | ☐ | | | | | |
| **TIPO DE INFORME** | **PARCIAL** | ☐ | **PARA PAGO** | x | **FINAL** | ☐ |
| **PERIODO DE INFORME** | Desde: | 24/08/2022 | Hasta: | 31/08/2022 | | |
| **PERIODO PARA PAGO** | Desde: | 24/08/2022 | Hasta: | 31/08/2022 | | |

## 1. INFORMACION GENERAL E HISTORIAL DEL CONTRATO / CONVENIO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO** | ☐ | **NÚMERO:** | **4600013861** | |
| **CONVENIO** | x | **FECHA DE SUSCRIPCION:** | 08/08/2022 | |
| **MODALIDAD DE SELECCIÓN:** | | | Contratación Directa- Convenio de Asociación | |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:** | | | 13651 | |
| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO:** | | | 24/08/2022 | |
| **OBJETO:** Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado E.S.E. Hospital Guillermo Gaviria Correa de Caicedo destinados a la prestación de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en numeral 52.2 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019. | | | | |
| **ORGANISMO CONTRATANTE /CONVENIANTE:** | | | DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA - Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios | |
| **CONTRATISTA / CONVENIANTE** | NOMBRE: | | **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA DEL MUNICIPIO DE CAICEDO** | |
| | NIT | | 800.037.244-2 | |
| **VALOR** [$]: | INICIAL: | | **CIENTO OCHENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS VENTIDOS PESOS M/L ($181.830.622),** por tratarse de servicios de salud están excluidos de IVA (Artículo 476 del Decreto 624 de 1989 Estatuto Tributario - modificado por el artículo 48 de la Ley 488 de 1998 y Ley 1607 de 2012. | |
| | ADICIONES | **No.** | **VALOR ADICIONADO** | **% DE ADICION** |
| | | | "N/A" | "N/A" |
| | VALOR TOTAL: | | **CIENTO OCHENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS VENTIDOS PESOS M/L ($181.830.622),** por tratarse de servicios de salud están excluidos de IVA (Artículo 476 del Decreto 624 de 1989 Estatuto Tributario - modificado por el artículo 48 de la Ley 488 de 1998 y Ley 1607 de 2012. | |
| **REGISTRO** | RPC NUMERO: | | 4500057090 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PRESUPUESTAL** | FECHA DE LIBERACION (IMPRESIÓN): | | | 22/07/2022 | |
| **VALOR Y PORCENTAJE DE ANTICIPO:** | (N/A) | | | | |
| **PLAZO:** | INICIAL | La duración del presente convenio será de cinco (5) meses contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 31 de diciembre de 2022 | | | |
| | | **FECHA DE INICIO** | | **FECHA DE TERMINACION** | |
| | | 24/08/2022 | | 31/12/2022 | |
| | PRÓRROGAS | **No.** | **TIEMPO PRORROGADO** | **NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN** | |
| | | | N/A | N/A | |
| **HISTORICO DE SUSPENSIONES:** | **No.** | **FECHA INICIO SUSPENSIÓN** | **FECHA REANUDACIÓN** | **FECHA DE TERMINACION** | |
| | No. | N/A | N/A | N/A | |
| **FECHA DE TERMINACIÓN ACTUAL** | N/A | | | | |
| **TIENE GARANTÍAS VIGENTES, ACTUALIZADAS Y APROBADAS** | | | N/A | | |
| | | | | | |
| **SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR** | NOMBRE(S)/ RAZON SOCIAL: | Luz Stella Franco Gaviria | | | |
| | NUMERO CONTRATO INTERVENTOR: | N/A | | | |
| | | | | | |
| **% DE EJECUCION FISICA** | 0% | | | | |
| **% DE EJECUCION DE RECURSOS** | 60% | | | | |

## 2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DE LAS PARTES

### 2.1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DEL CONTRATISTA/CONVENIANTE EJECUTOR.

#### 2.1.1. SEGUIMIENTO TECNICO DEL CONTRATO/CONVENIO:

| OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS DEL COMPONENTE TÉCNICO | % EJECUCIÓN DEL PERIODO INFORMADO | % EJECUCIÓN ACUMULADO | MEDIO DE VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| **1).** Garantizar la operación y la prestación del servicio de salud en la institución, de acuerdo con los horarios definidos y los servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores (REPS); incluyendo la prestación del servicio de urgencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana. De tal forma que la sede opere y preste sus servicios en condiciones de calidad para la población de su jurisdicción. **3)** Atender los pacientes | **0%** | **0%** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| que sean clasificados como sospechosos o que sean confirmados con diagnóstico de la enfermedad COVID-19, cumpliendo estrictamente los protocolos y las directrices emanados del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por la Pandemia que afecta a Colombia.. **7)** Dar cumplimiento estricto a lo establecido en el Decreto 064 de 2020. Por el cual se modifican artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13; 2.1.5.1; 2.1 2.1.7.7. 2.1.7.8. y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 2016, en relación con los afiliados al Régimen Subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones. Igualmente cumplir con lo establecido en el Decreto 616 de 2022 que incorpora la contribución solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado. En coherencia con lo anterior, toda persona que solicite atención en salud en la institución y cumpla los requisitos para ser afiliado al Régimen Subsidiado, debe afiliarse y ser atendida con cargo a los recursos del aseguramiento, facturando las atenciones a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios que tenga presencia en el municipio. El Prestador realizará el trámite establecido para garantizar lo anterior. **8)** Resolución 1178 de 2021 Aplicar lo que corresponda a los prestadores de servicios de salud, una vez se expida la reglamentación específica por parte de la autoridad competente, en materia de trámites para facilitar la afiliación de la población migrante en condición irregular, con ocasión de la expedición del Estatuto de Protección Temporal para Migrantes Venezolanos. | | | | |
| **2)** Cumplir las normas generales que aplican para los prestadores de servicios de salud en Colombia y aplicar las directrices que son emitidas por los organismos de regulación y de control del sector. | **0%** | **0%** | | |
| **3)** Atender los pacientes que sean clasificados como sospechosos o que sean confirmados con diagnóstico de la enfermedad COVID-19, cumpliendo estrictamente los protocolos y las directrices emanados del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por la Pandemia que afecta a Colombia. | **0%** | **0%** | | |
| **4)** Cumplir con todos los reportes establecidos en el Sistema de Información | **0%** | **0%** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| para la Salud, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con los procesos de atención a las personas en cada uno de servicios de la institución. | | | | |
| **5)** Garantizar la prestación de los servicios de salud del portafolio habilitado por la E.S.E. a la población residente en su municipio que demande servicios de salud del portafolio de la ESE, que demuestre no tener capacidad de pago y que no se pueda afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Los servicios prestados a dicha población, durante la actual vigencia, se deben aplicar (cruzar) contra los recursos del presente convenio, y no se generará facturación hacia la entidad territorial. La E.S.E. debe hacer los ajustes presupuestales y contables que correspondan para sanear dichas facturas con cargo a los recursos del presente convenio, sin que se genere cartera por tal concepto a cargo de la entidad territorial departamental. El supervisor del convenio será responsable del control y seguimiento de la anterior obligación | **0%** | **0%** | | |
| **6)** Reportar a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Socia de Antioquia y a los demás organismos que lo requieran, en coherencia con las normas del sector salud, los Registros Individuales de Prestación de Servicio de Salud (RIPS) que se originen de las atenciones de la población que manifiesta no tener capacidad de pago y no se pueda afiliar al sistema de seguridad social en salud, y que se atendieron en la E.S.E. en el mes inmediatamente anterior. Igualmente deben presentar, si no lo han hecho, los RIPS de atenciones de población que cumple las condiciones mencionadas, que se hayan atendido desde el primer dia de enero de la actual vigencia. Se deben adjuntar a los RIPS: Copia del documento de identificación del usuario, copia del pantallazo de la consulta en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y copia del documento que certifique la no capacidad de pago de la persona atendida. Lo anterior para efectos de verificación por parte de la supervisión y para controlar el momento a partir del cual se podrá autorizar algún pago por servicios adicionales con recursos corrientes, por haber superado el valor del convenio. Como referente en el RIPS para las tarifas, se usará el Decreto 2423 de 1996, actualizado a la vigencia, menos el 15%. Lo anterior permitirá a la supervisión hacer el seguimiento y la verificación de los | **0%** | **0%** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| valores reportados. | | | | |
| **7)** Dar cumplimiento estricto a lo establecido en el Decreto 064 de 2020. Por el cual se modifican articulos 2.1.3.11, 2.1.3.13; 2.1.5.1; 2.1 2.1.7.7. 2.1.7.8. y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 2016, en relación con los afiliados al Régimen Subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones. En coherencia con lo anterior, toda persona que solicite atención en salud en la institución y cumpla los requisitos para ser afiliado al Régimen Subsidiado, debe afiliarse y ser atendida con cargo a los recursos del aseguramiento y facturar las atenciones a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios que tenga presencia en el municipio. La E.S.E. realizará trámite establecido para garantizar lo anterior. | | | | |
| **8)** Resolución 1178 de 2021 Aplicar lo que corresponda a los prestadores de servicios de salud, una vez se expida la reglamentación específica por parte de la autoridad competente, en materia de trámites para facilitar la afiliación de la población migrante en condición irregular, con ocasión de la expedición del Estatuto de Protección Temporal para Migrantes Venezolanos. | **0%** | **0%** | | |

### 2.1.1.1 SEGUIMIENTO COMPONENTE SOCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO: N/A.

### 2.1.1.2 SEGUIMIENTO COMPONENTE AMBIENTAL DEL CONTRATO/CONVENIO: N/A.

### 2.1.1.3 SEGUIMIENTO AL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO/CONVENIO:

Se solicitará durante el proceso de ejecución según numeral 7 de la Cláusula Séptima (Compromisos Administrativos, Legales y Financieros).

### 2.1.2. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO Y LEGAL DEL CONTRATO/CONVENIO:

| OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS DEL COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y LEGAL | CUMPLE/NO CUMPLE | MEDIO DE VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|
| **1)** Presentar al Supervisor del Convenio, además de la información que demuestre el cumplimiento de las obligaciones pactadas, los soportes de que se encuentran al día con el pago de sus obligaciones frente a la seguridad social, riesgos profesionales, pensiones y aportes parafiscales, conforme al artículo 50 de la ley 789 de 2002 y articulo | Cumple | Se adjunta evidencia | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 de la Ley 828 de 2003 y demás normas que apliquen; si quien certifica es contador o revisor fiscal, presentar copia cedula ciudadanía, copia de la Tarjeta Profesional y certificado de la Junta Central de Contadores. | | | |
| **2)** Realizar los ajustes presupuestales y contables a que haya lugar, frente a la ejecución de los recursos del componente de Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud asignados en el marco del presente convenio; | Pendiente | | |
| **3)** Presentar una vez firmado el convenio, la certificación de la cuenta bancaria de ahorros de uso exclusivo para los recursos del subsidio a la oferta, a la cual se hará la transferencia de los recursos asignados. Los rendimientos financieros que se generen deben ser devueltos a la Gobernación de Antioquia al final de la vigencia. | Cumple | Se anexa evidencia | |
| **4)** Cumplir las metas e indicadores pactados de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.4.2. 7. Del Decreto 268 de 2020 y de artículo 3 de la Resolución 857 de 2020, literal "...3.5. Los indicadores y metas a ser cumplidos durante la vigencia del convenio o contrato..."; | Pendiente | | |
| **5)** Elaborar una propuesta de inversión de los recursos del subsidio a la oferta asignados mediante el presente convenio, la inversión debe estar orientada a fortalecer la operación de la prestación de servicios de salud, con especial énfasis en el talento humano institucional. La misma debe ser presentada en los primeros 10 días de vigencia contractual a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia a través de la Supervisión del convenio, para su revisión y aprobación de la inversión de los recursos. | Cumple | | |
| **6)** Ejecutar los recursos del convenio en concordancia con la propuesta aprobada por la Secretaría y entregar a la supervisión los soportes de dicha ejecución. | Cumple | | |
| **7)** Cumplir con los requisitos para la prevención de accidentes y enfermedades laborales del personal propio y/o el de los subcontratistas de acuerdo con lo establecido en el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que rijan la materia, dando aplicación en lo que corresponda al Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo dirigido a Contratistas del Departamento de Antioquia.<br>**PARAGRAFO: METAS E INDICADORES.** concordancia con lo establecido en el artículo 2.4 7. Del Decreto 268 de 2020, se establecen siguientes metas e indicadores de calidad en prestación de servicios de salud, de gest financiera y de producción, que deberán cumplidas durante la vigencia del convenio por pa | 0% | Se encuentra en proceso | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| de la E.S.E.:<br><br>**1) Indicador de Calidad en la prestación servicios de salud.**<br>1.1 Tiempo promedio de espera para la asignac de cita por médico general. El estándar que de cumplir la E.S.E. debe estar en coherencia con establecido en la Resolución 1552 de 2013. "F medio de la cual se reglamentan parcialmente artículos 123 y 124 del Decreto - Ley 019 de 201 se dictan otras disposiciones. Artículo 1. Parágrafc La asignación de las citas de odontología y medic generales no podrá exceder los tres (3) días hábil contados a partir de la solicitud, salvo que paciente las solicite de manera expresa para plazo diferente. Dichas entidades en el momento que reciban la solicitud informarán al usuario la fec para la cual se asigna la cita, sin que les s permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar fecha de la consulta requerida".<br><br>**2) Gestión de producción y prestación servicio de salud:**<br>2.1. Funcionamiento de los servicios habilitados los horarios reportados en el REPS.<br>El prestador de servicios de salud deberá garanti y dar cumplimiento a los horarios de los servicios salud habilitados en el Registro Especial Prestadores de Servicios de Salud (REPS) entregar la evidencia de ello al supervisor convenio.<br><br>**3) Gestión financiera:**<br>- **3.1. Monto de los ingresos corrientes recaudados por concepto de venta de servicios de salud.**<br>PORCENTAJE DE RECAUDO: Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC) / Ingreso Total Reconocido Excluye CxC<br>META: % de recaudo mayor o igual al promedio 3 anteriores vigencias<br>- **3.2. Monto de recuperación de cartera por concepto de venta de servicios de salud.**<br>RECUPERACION DE CARTERA: recaudo de recursos de vigencias anteriores<br>META: recaudo de vigencias anteriores mayor o igual al promedio 3 anteriores vigencias<br>- **3.3. Equilibrio presupuestal.**<br>Equilibrio con reconocimientos: Ingreso Total Reconocido / Gastos Comprometidos Totales con Cuentas por Pagar<br>META: Equilibrio con reconocimiento mayor o igual a 1<br><br>La Dirección de Gestión Integral de Recursos, certificará los resultados de los tres (3) | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| indicadores de gestión financiera, con base en la información reportada por los hospitales en el Sistema de Información Hospitalaria – SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. | | | |
| **8)** Para efecto de las actividades que se van a desarrollar en el marco del convenio, el contratista y las personas que estos contraten para el desarrollo del objeto, están obligados a adoptar todas las precauciones y medidas establecidas por el Gobierno Nacional, Departamental y Municipal, en cuanto a la bioseguridad para la prevención de la propagación del COVID 19, lo que se evidenciará con la presentación de protocolos de bioseguridad para proteger a todos trabajadores, contratistas, asociados y visitantes del lugar de trabajo los cuales deberán ser implementados bajo su responsabilidad. Dichos protocolos deberán allegarse a la respectiva dependencia contratante por intermedio del supervisor, en el momento de la firma del acta de inicio, o a más tardar dentro de los 4 días posteriores a la suscripción de la misma. Los protocoles presentados podrán ser sujetos de verificación con el fin de corroborar que se cumplan los requisitos normativos definidos por los entes gubernamentales para enfrentar la pandemia por el COVID 19. | | | |

## 2.2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

| OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS | CUMPLE/NO CUMPLE | MEDIO DE VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|
| **1)** Incorporar en el presupuesto de la actual vigencia, los recursos que se comprometen en el presente convenio y que serán trasferidos al | CUMPLE | Decreto 2021070004859 de diciembre 16 de 2021, liquidación previa del PPTO 2022 Inicial<br>Decreto 2022070002049 de marzo 11 de 2022 Adición Sub Oferta ultima doceava 2021<br>Decreto 2022070002656 abril 6 Recursos Balance PSS oferta | |
| **2)** Emitir certificado de disponibilidad presupuestal | CUMPLE | | |
| **3)** Designar el supervisor del Convenio | CUMPLE | | |
| **4)** Realizar seguimiento, verificación y control del cumplimiento de los indicadores, metas y las obligaciones pactadas y la liquidación del convenio | EN PROCESO | EN PROCESO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **5)** Realizar los ajustes presupuestales, contables y de tesorería que se requieran para garantizar la adecuada ejecución de los recursos y el cierre de presupuestal de los mismos al final de la vigencia. | EN PROCESO | EN PROCESO | |

## 2.3. SEGUIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE DEL CONTRATO / CONVENIO:

| RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ENTIDAD** | **DEPARTAMENTO** | **ASOCIADO(S) si aplica** | **OTROS** | **TOTAL** |
| 1. Recursos iniciales comprometidos | **$181.830.622** | $0 | $0 | **$181.830.622** |
| 2. Adiciones | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **3. TOTAL RECURSOS COMPROMETIDOS** | **$181.830.622** | **$0** | **$0** | **$181.830.622** |
| 4. Anticipos | $0 | $0 | $0 | $0 |
| 5. Recursos pagados / desembolsados | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **6. TOTAL RECURSOS ENTREGADOS** | $0 | **$0** | **$0** | $0 |
| 7. Recursos ejecutados | **$109.637.738** | $0 | $0 | **$109.637.738** |
| 8. Recursos no ejecutados | **$72.192.884** | $0 | $0 | **$72.192.884** |

## 3. REUNIONES Y/O VISITAS REALIZADAS EN EL PERIODO DE SEGUIMIENTO

| FECHA | TIPO DE REUNIÓN Y/O VISITA | CONCLUSIONES/OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 23/08/22 | La entidad envía acta de inicio firmada por el representante legal. | Documento firmado en original |

## 4. CONTROL DE PAGOS O DESEMBOLSOS

**FORMA DE PAGO O DESEMBOLSO:**
El giro de los recursos a la E.S.E., será realizado por la Dirección Administrativa y Financiera de SSSA, de acuerdo con las doceavas giradas al Departamento de Antioquia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, previa verificación del cumplimiento de las obligaciones por parte de la E.S.E, que deben evidenciarse en el informe de supervisión.

**PARAGRAFO:** Para el pago, se debe presentar la siguiente documentación: 1) Informe de seguimiento a la Contratación Estatal elaborado por el supervisor del convenio en el cual conste que el conveniado presentó los soportes de información requeridos; 2) Certificación del supervisor del convenio, donde conste que el conveniado presentó a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia el Plan de Inversión que realizará con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría ; 3) Certificado de la cuenta bancaria maestra de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta; 4) Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y

Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la planilla de pago (PILA), con fecha correspondiente al mes en que se realiza la transacción. **Los requisitos 2 y 3, sólo se necesitan para el primer desembolso**
**Los desembolsos estarán supeditados a la existencia de recursos en el PAC.**

| CONCEPTO | FECHA | VALOR CONTRATO | VALOR PAGO / DESEMBOLSO | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | VALOR NETO A PAGAR | SALDO | COMPROBANTE DE EGRESO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor Inicial | 24/08/2022 | $181.830.622 | | $0 | | $181.830.622 | |
| Adiciones | N/A | N/A | | | | N/A | |
| Pago No.1 / Desembolso | 05/09/2022 | | $0 | $0 | $109,637,738 | $72.192.884 | Pendiente |
| TOTALES | | $181.830.622 | $0 | $0 | $109,637,738 | | |

De conformidad con el Recibo a Satisfacción anexo al informe; el superviso autoriza el pago No. 1 al contratista, por valor de: $109.637.738 (Ciento nueve millones seiscientos treinta y siete mil setecientos treinta y ocho pesos M/C), según lo definido en los Estudios previos como primer pago del mes de agosto que corresponde al 60%.

## 5. VERIFICACION DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES DE PARAFISCALES

El contratista acredita que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARL y parafiscales, de él (y de sus empleados, según el caso), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007 mediante documento y fecha mediante la cual se acredita que se encuentra a paz y salvo de pago de seguridad social integral por parte del contratista.

Adicionalmente, el supervisor verificó y revisó las planillas y demás soportes entregados por el contratista que acreditan el pago por concepto de seguridad social y parafiscales del recurso humano contratado.

## 6. CONTROL Y MITIGACIÓN DE RIESGOS

De conformidad con lo establecido en la normatividad vigente y el Manual de identificación y cobertura del riesgo expedido por Colombia Compra Eficiente, la Entidad deberá realizar el control y mitigación de los riesgos identificados y clasificados para el proceso de contratación en la matriz de riesgos del estudio y documentos previos, razón por la cual esta supervisión ha realizado las siguientes acciones de control y seguimiento a los riesgos previsibles que se han presentado durante la ejecución y liquidación del presente contrato/convenio.

Así mismo, si durante la ejecución del contrato se presentan riesgos imprevisibles, que por su misma naturaleza no fueron contemplados en la matriz de riesgos, también se deberá diligenciar la tabla con los controles y tratamientos respectivos a que hubiere lugar.

| RIESGO | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO/ RIESGO | QUIEN TIENE ASIGNADO EL RIESGO | TRATAMIENTO/ MITIGACIÓN | CUANDO Y COMO SE REALIZÓ EL MONITOREO | EVIDENCIA |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | **N/A** | N/A | N/A | N/A | N/A |

## 7. CONTROL Y MITIGACIÓN DE INCUMPLIMIENTOS

N/A.

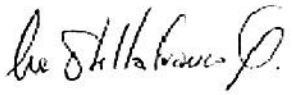
## 8. ANOTACIONES ADICIONALES

Ninguna

## 9. ANEXOS

Para el pago, se presenta la siguiente documentación:
1) Informe de seguimiento a la Contratación Estatal elaborado por el supervisor del convenio en el cual conste que el conveniado presentó los soportes de información requeridos;
2) Certificación del supervisor del convenio, donde conste que el conveniado presentó a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia el Plan de Inversión que realizará la con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría
3) Certificado de la cuenta bancaria maestra de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta
4) Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la planilla de pago (PILA), con fecha correspondiente al mes agosto.

Para constancia, se firma la presente acta el 05/09/2022



Nombre: LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA
**SUPERVISOR**

-FRANCOGA

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
República de Colombia

# GOBERNACION DE ANTIOQUIA
# RECIBO A SATISFACCION



## NUMERO DE DOCUMENTO : 5000195806

| | | |
|---|---|---|
| **FACTURA:** INFORME 1 | **Nro ACTA:** | **DOC CAUSACION:** |
| **CODIGO PROVEEDOR:** 2400000347 | **NIT:** 8000372442 | **NOMBRE / RAZON SOCIAL :** E.S.E HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CO |
| **Nro CONTRATO:** 4600013861 | **DEPENDENCIA:** SRIA SECCI DE SALUD Y PROT SOC | |
| **FECHA SUSCRIPCION CONTRATO:** 08.08.2022 | **OBSERVACION:** | |

**PEDIDO:** 1. 4500057090 SRIA SECCI DE SALUD Y PROT SOC

| PED | POS PED | ANT | FONDO | CODIGO MATERIAL / SERVICIO | DESCRIPCION | CANTIDAD | UMB | V/R UNI. SIN IVA | % IVA | V/R UNI. INC. IVA | TOTAL INC. IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | | 0-PS3031 | 1002452 | PRESTACIÓN DE SERVICIO SSSA* | 108289327 | UN | 1,000 | 0% | 1,0000 | 108.289.327,000 |
| | 6 | | 4-PS3031 | 1002452 | PRESTACIÓN DE SERVICIO SSSA* | 1348411 | UN | 1,000 | 0% | 1,0000 | 1.348.411,000 |

| | |
|---|---|
| **V/R TOTAL NETO** | 109.637.738,000 |
| **V/R TOTAL IVA** | 0,000 |
| **V/R TOTAL** | 109.637.738,000 |

| REVISIÓN DE SOPORTES Y REQUISITOS DIRECCIÓN DE CONTABILIDAD | | | | DEDUCCIONES Y RETENCIONES | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Factura Original | V.Bo. | 8. Firma y tel. Supervisor, # factura, contrato, fecha, y acta | V.Bo. | Estampillas | |
| 2. Resolución de facturación vigente | V.Bo. | 9. Porcentaje de particiación si es consorcio o unión Tem. | V.Bo. | Contribución Especial | |
| 3. Cumple requisitos de factura Art. 617 E.T. | V.Bo. | 10. T.P y antecedentes disciplinarios contador Per.Jurid. | V.Bo. | Retención de IVA | |
| 4. Recibo a satisfacción por fondo | V.Bo. | 11. Informe de seguimiento | V.Bo. | Retención en la Fuente | |
| 5. RPC del pago | V.Bo. | 12. Certificado de Industria y Comercio si se requiere | V.Bo. | Retención en la Fuente Obra Púb. | |
| 6. Contrato y Rut actualizado. | V.Bo. | 13. En caso de adición se deben anexar Otro SI o Adición | V.Bo. | Retención Empleados 1070 | |
| 7. Soportes del pago a seguridad social | V.Bo. | 14. Elaborar Documento Equivalente si se requiere | V.Bo. | Retención Industria y Comercio | |
| | | 15. Rut Consorciados o integrantes de unión la temporal | V.Bo. | | |

**MOVIMIENTO REALIZADO POR:** Juan Carlos Ramirez Giraldo

Luz Stella Franco Gaviria

**SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTOR(ES)**

4278143

| GOBERNACION DE ANTIOQUIA<br>REPUBLICA DE COLOMBIA | ACTA DE INICIO | Código: FO-M7-P6-001 |
|---|---|---|
| | | Versión: 01 |
| | | Fecha de aprobación:<br>01 de febrero del 2021 |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO / CONVENIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO** ☐<br>**CONVENIO** x | | NÚMERO: | **4600013861** |
| | | FECHA DE SUSCRIPCIÓN: | 08/08/2022 |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:** | | | 13651 |
| **OBJETO:** Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado E.S.E. Hospital Guillermo Gaviria Correa de Caicedo destinados a la prestación de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en numeral 52.2 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019. | | | |
| **ORGANISMO CONTRATANTE / ASOCIADA:** | | | **DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA.** |
| **CONTRATISTA / ASOCIADO** | | **NOMBRE:** | **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA DEL MUNICIPIO DE CAICEDO** |
| | | **NIT** | 800.037.244-2 |
| **VALOR [$]:** | | | CIENTO OCHENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS VENTIDOS PESOS M/L ($181.830.622), Excluido de IVA |
| **PLAZO:** | | | La duración del presente convenio será de siete (5) meses contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 31 de diciembre de 2022. |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO Y/O VIGENCIA FUTURA** | | **RPC/ VIGENCIA FUTURA NUMERO:** | **4500057090** |
| | | **FECHA DE LIBERACIÓN (IMPRESIÓN):** | 22/07/2022 |
| **FECHA DE APROBACIÓN DE GARANTÍA:** | | | N/A |
| **ACREDITACIÓN DE QUE EL CONTRATISTA / ASOCIADO SE ENCUENTRA AL DÍA EN EL PAGO DE APORTES RELATIVOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES** | | | SI |

| | | |
|---|---|---|
| **SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR** | NOMBRE/RAZÓN SOCIAL<br>IDENTIFICACIÓN (CC o NIT | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA<br>C. C. 42.781.434 |
| | CONTRATO INTERVENTOR No.: | N/A |

## 2. VERIFICACIÓN REQUISITOS

Previo a la suscripción de la presente acta se ha verificado el cumplimiento de los documentos y requerimientos necesarios para el inicio del convenio: Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, documentos del representante legal y de la institución, consulta de no antecedentes judiciales del Gerente y del contador ante la Junta Central de Contadores.

## 3. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO

De conformidad con el plazo establecido en el Contrato/Convenio No. **4600013861,** se fijan:

3.1. Fecha de inicio: 24 AGO 2022

3.2. Fecha de terminación: 31/12/2022

Para constancia, se firma la presente acta por quienes en ella intervinieron,

LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA
NOMBRE:
**INTERVENTOR/SUPERVISOR**

YULIANA MARCELA RODRIGUEZ HERNANDEZ
NOMBRE: Yuliana Rodriguez H.
**CONTRATISTA/ASOCIADO**

E.S.E
GUILLERMO GAVIRIA CORREA
HOSPITAL CAICEDO

NIT 800 037 244 - 2
Cra 5 N° 3 - 23
Teléfono 852203 - Fax 852255
Email: contactenos@hospitalcaicedo.gov.co
Sitio web: www.hospitalcaicedo.gov.co

**LA CONTADORA**

**DE LA E.S.E. HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA**

**DEL MUNICIPIO DE CAICEDO - ANTIOQUIA**

# CERTIFICA

Que la **E.S.E. HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA** identificada con NIT 800.037.244-2, ha cumplido en los últimos 6 meses de forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social, en cuanto a salud, pensiones, riesgos laborales, aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes.

Dado en el municipio de Caicedo, el día 24 del mes de agosto del año 2022.

**HERMILDA LUCIA HERRERA PÉREZ**
**C.C. 43.277.989**
**Contadora Pública**
**T.P.109698-T**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

7 5 6 6 1 A 7 3 F 6 2 7 0 9 0 8

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **HERMILDA LUCIA HERRERA PEREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 43277989 de MEDELLIN (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 109698-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** **********
**********
**********

Dado en BOGOTA a los 24 días del mes de Agosto de 2022 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | ESE HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA |
| IDENTIFICACION: | NI-800037244 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2022-08-08 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2022-08-10 |
| FECHA DE PAGO: | 2022-08-08 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCOLOMBIA |
| PERIODO PENSION: | 2022-07 |
| PERIODO SALUD: | 2022-08 |
| NUMERO PLANILLA: | 23989707 |
| TOTAL COTIZANTES: | 33 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 23989707 |
| TIPO DE PLANILLA: | E |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | 800088702 | EPS SURA | 9 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 4.124.100 | $ 4.124.1 |
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 20 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 5.661.100 | $ 5.661.1 |
| EPS040 | 900604350 | SAVIA SALUD | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.265.000 | $ 1.265.0 |
| Subtotal Salud | | 3 | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 11.051.200 | $ 11.051.2 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 4 | $ 20.700 | $ 20.700 | $ 0 | $ 2.125.900 | $ 2.125.9 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 7 | $ 87.500 | $ 87.500 | $ 0 | $ 4.034.500 | $ 4.034.5 |
| 231001 | 800227940 | COLFONDOS | 1 | $ 27.200 | $ 27.200 | $ 0 | $ 923.200 | $ 923.2 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 21 | $ 56.400 | $ 56.400 | $ 0 | $ 7.444.600 | $ 7.444.6 |
| Subtotal Pensión | | 4 | 33 | $ 191.800 | $ 191.800 | $ 0 | $ 14.528.200 | $ 14.528.2 |
| 14-25 | 800226175 | COLMENA | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.003.600 | $ 2.003.6 |
| Subtotal ARL | | 1 | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.003.600 | $ 2.003.6 |
| CCF03 | 890900842 | COMFENALCOANTIOQUIACCF | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.395.700 | $ 3.395.7 |
| Subtotal CCF | | 1 | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.395.700 | $ 3.395.7 |
| PASENA | 899999034 | SENA | 32 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.699.000 | $ 1.699.0 |
| PAICBF | 899999239 | ICBF | 32 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.546.800 | $ 2.546.8 |
| | | Total a pagar | | $ 191.800 | $ 191.800 | $ 0 | $ 35.224.500 | $ 35.224.5 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 12/09/2022 |

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



**109698-T**

**HERMILDA LUCIA**
**HERRERA PEREZ**
**C.C. 43277989**
**RESOLUCION INSCRIPCION 039 FECHA 2005/04/14**
**UNIVERSIDAD P. C. JAIME ISAZA CADAVID**

**PRESIDENTE** **LUZ MYRIAM DIAZ MUNOZ** 119258

IDEQS

FIRMA DEL TITULAR

**29739**

**Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.**
**Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.277.989

HERRERA PEREZ
APELLIDOS

HERMILDA LUCIA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1981
CAICEDO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 A+ F
ESTATURA G. S. RH SEXO

31-ENE-2000 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0100101-14144063-F-0043277989-20050207 0220006037A 02 1809988572

Grupo Bancolombia

Urrao, 11 de julio de 2022

Cordial saludo,

**BANCOLOMBIA S.A.** se permite informar que la **E.S.E HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA** identificado con NIT **800037244** a la fecha de expedición de la presente certificación tiene con el banco el siguiente producto:

| Producto | No Producto | Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de Ahorros | 993-000003-51 | 2020/10/27 | ACTIVA |

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 4046063, o en el edificio Bancolombia ubicado en la carrera 46 # 27-95 oficina 222, piso 3A torre Oriente.

Atentamente,

Bancolombia
Urrao - Of. 993 Urrao Antioquia

Asesor de servicios Nº 152
Cédula Nº 1048015787

**ROCIO SOTO COSSIO**
Ejecutiva Móvil
Oficina Urrao Antioquia
rosoto@bancolombia.com.co
Tel 8502954-3222371230

* **Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.