MUNICIPIO DE TULUÁ	**INFORME DE INTERVENTORIA O SUPERVISION**	Código: F-220-06	SIGI
	Versión: 06	Fecha de Aprobación: 30 de enero de 2017	

FECHA DE INTERVENTORIA O SUPERVISION	**DÍA**	26	**MES**	DICIEMBRE	**AÑO**	2022

CONTRATO O CONVENIO No.	300.20.5.82		**FECHA**	15/02/2022
PROYECTO PLAN DE DESARROLLO	FORTALECIMIENTO A LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE SALUD			
INTERVENTORIA O SUPERVISIÓN No.	DOS			
NOMBRE DEL CONTRATISTA O COOPERANTE	MONDRAGON ALVAREZ & CIA S. EN C			
OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO	PROCESO DE MÍNIMA CUANTIA PARA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE CREMACIÓN DE CADÁVERES HUMANOS DE FALLECIMIENTO A CAUSA DEL VIRUS COVID – 19 EN EL MUNICIPIO DE TULUÁ			
NOMBRE DEL INTERVENTOR O SUPERVISOR	DIRECTO	JHON JAIRO AGUIRRE CASTAÑO	DELEGADO	
CARGO DEL INTERVENTOR O SUPERVISOR	SECRETARIO DE SALUD			

No.	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	EVALUACIÓN ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO
1	Servicio de cremación para cadáver humano el cual incluye • Traslado urbano dentr del Municipio de Tuluá, • Registro de defunció notarial. •Licencia de cremación Elementos de embalaje y bioseguridad	Se procede a liquidar el contrato, quedando un saldo a favor del Municipio de Tuluá, teniendo en cuenta que no se presentaron casos de fallecimiento por covid - 19 que requiriera y cumpliera con los condiciones para la prestacion del servcio por parte del Municipio	

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL CONTRATISTA O COOPERANTE

ANÁLISIS CUANTITATIVO

ACTIVIDAD	META	ACTA ACTUAL															
		P- 1	P- 2	P- 3	P- 4	P-5	P- 6	P- 7	P- 8	P- 9	P- 10	P- 11	P- 12	TOTAL	FALTANTE		
1	12	1												1	11		
TOTAL	12	1												1	11		

EVALUACION E IMPACTO SOCIAL	ANÁLISIS CUALITATIVO		
	EFICIENTE	EFICAZ	SOPORTE DOCUMENTAL
Se procede a liquidar el contrato, quedando un saldo a favor del Municipio de Tuluá, teniendo en cuenta que no se presentaron casos de fallecimiento por covid - 19 que requiriera y cumpliera con los condiciones para la prestacion del servcio por parte del Municipio	X	X	X

MATRIZ DE RIESGOS IDENTIFICADOS

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (Que puede pasar y como puede Ocurrir)	Consecuencia de la Ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Valoración del riesgo	Categoria
1	General	Interno	Ejecución	Riesgos Operacionales	No realizar el correcto manejo de cadáveres postivos y/o sospechosos de covid - 19	Riesgo del aumento contagio del virus covid - 19	Posible (3)	Menor (2)	Riesgo Medio (5)	Baja
2	General	Interno	Ejecución	Riesgos Operacionales	No llevar a cabo el proceso de cremaciones dentro de los plazos establecidos	Riesgo del aumento contagio del virus covid - 19	Posible (3)	Menor (2)	Riesgo Medio (5)	Baja
3	General	Interno	Ejecución	Riesgos Operacionales	Riesgos asociados con la publicación en el SECOP	incumplimiento del municipio en el reporte oportuno de la información y por ende la generación de hallazgos de los entes de control y Posibles sanciones	Raro (1)	Menor (2)	Riesgo Bajo (3)	Baja

¿A quién se le asigna?	Tratamiento/ Controles a ser implementados	Impacto después del Tratamiento				¿Afecta el equilibrio económico del Contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revision	
		Probabilidad	Impacto	Valoriación del riesgo	Categoria					¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?

CONTRATISA	Revisión y verificación del cumplimiento de las actividades en los tiempos establecidos	0	0	0	1	NO	Supervisor del Contrato	Fecha inicio de la aceptación de oferta	finalización de la aceptación de oferta	to al cumplimiento del acuerdo interno del	Mensual
CONTRATISA	Revisión y verificación del cumplimiento de las actividades en los tiempos establecidos	1	1	1	1	NO	Supervisor del Contrato	Fecha inicio de la aceptación de oferta	finalización de la aceptación de oferta	to al cumplimiento del acuerdo interno del	Mensual
SECRETARIA DE SALUD	seguimiento del debido proceso legal en el protocolo de contratación estatal	1	2	3	3	NO	Supervisor del Contrato	Fecha inicio de la aceptación de oferta	finalización de la aceptación de oferta	to al cumplimiento del acuerdo interno del	Mensual

*** NOTA: De conformidad con lo dispuesto en el Decreto 0103 de 2015, el presente formato debe ser publicado en Colombia Compra eficiente**

ver Guía Manual de riesgos en Mapa de Procesos/Jurídica.

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA - ENTIDAD PRESTADORA	
SALUD	VER PLANILLA
PENSIÓN	VER PLANILLA
ARL	VER PLANILLA

FIRMA DEL INTERVENTOR O SUPERVISOR

NOMBRE: **JOHN JAIRO AGUIRRE CASTAÑO**

FIRMA DEL SECRETARIO DE DESPACHO

NOMBRE: JOHN JAIRO AGUIRRE CASTAÑO