

 DEPARTAMENTO DE CORDOBA	FORMATO					CÓDIGO:CO-P1-F1	
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN					FECHA: 28/01/2022	
	PROCESO DE CONTRATACIÓN					PÁGINA: 1 de 1	
1. DATOS DEL INFORME							
INFORME No.		3		PERIODO A EVALUAR		01/12/2022 al 30/12/2022	
CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL				FECHA DEL CONTRATO	
CONTRATO		X		SS-499-2022		19 DE OCTUBRE DEL 2022	
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:		2036		No. RP: 6060	
2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO							
NOMBRE CONTRATISTA:		E.S.E HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LIBERTADOR DIVINO NIÑO					
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:		812.003.382-8					
OBJETO DEL CONTRATO:		FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL - SUBSIDIO A LA OFERTA, ENTRE LA SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD Y LA ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LIBERTADOR DIVINO NIÑO					
FECHA ACTA DE INICIO:		31/10/2022					
FECHA DE TERMINACIÓN:		300/12/2022					
DURACIÓN:		(2) MESES					
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)		0					
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:		(2) MESES					
AVANCE EN TIEMPO:		100,00%					
VALOR INICIAL		\$ 552.218.495,00					
VALOR REAJUSTE:		\$ 0,00					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 552.218.495,00					
FUENTE DE FINANCIACIÓN:		SPGR		CONVENIOS		RECURSOS PROPIOS	
		OTRO (Especifique)					
OBSERVACIONES: PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01/12/2022 AL 30/12/2022							
3. ASPECTO LEGAL							
GARANTÍAS:							
VALOR ASEGURADO:		\$ 276.109.247,50		VIGENCIA:		18/10/2022 HASTA EL 30/06/2023	
ASEGURADORA:		SEGUROS DEL ESTADO		NUMERO DE PÓLIZA:		53-44-101023172	
CLASES DE GARANTÍAS		%		CUANTÍA		DURACIÓN	
						DESDE HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.		10%		\$ 55.221.849,50		18/10/2022 30/06/2023	
MANEJO Y BUENA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.		NO APLICA		NO APLICA NO APLICA		NO APLICA NO APLICA	
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL EMPLEADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.		NO APLICA		NO APLICA NO APLICA		NO APLICA NO APLICA	
PAGO ANTICIPADO		40%		\$ 220.887.398,00		18/10/2022 30/06/2023	
RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)		NO APLICA		NO APLICA NO APLICA		NO APLICA NO APLICA	
CALIDAD DEL SERVICIO.		NO APLICA		NO APLICA NO APLICA		NO APLICA NO APLICA	
CALIDAD DE LOS BIENES.		NO APLICA		NO APLICA NO APLICA		NO APLICA NO APLICA	
CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS.		NO APLICA		NO APLICA NO APLICA		NO APLICA NO APLICA	
PERMISOS, LICENCIAS Y DEMÁS REQUERIDOS		NO APLICA		NO APLICA NO APLICA		NO APLICA NO APLICA	
NOTA: En caso de requerir licencias o permisos para ejecutar las actividades contractuales, se deben relacionar y validar su cumplimiento							
OBSERVACIONES:							
ESTAMPILLAS Y TRIBUTOS DEPARTAMENTALES		ESTADO PAGO (DILIGENCIAR EL ESTADO DE PAGO DE LOS TRIBUTOS, EN CASO DE HABER PAGADO EL 100% MARQUE PAGO TOTAL, EN CASO DE PAGO PARCIAL, DILIGENCIE LA INFORMACIÓN "ACUERDO DE PAGO")					
DESCRIPCIÓN DEL TRIBUTO	%	CUANTIA	PAGO TOTAL	PAGO PARCIAL	ACUERDO DE PAGO		
					No. Acuerdo	Fecha Acordada	No Cuota pagada periodo Estado da la fecha del informe
Estampilla Pro Cultura	0,5%						
Estampilla para el bienestar del adulto mayor	3,0%						
Estampilla Pro Desarrollo Económico	2,0%						
Estampilla Pro Desarrollo Departamental	2,0%						
NOTA: El porcentaje de las estampillas están de acuerdo a la ordenanza 034 de 2020, en caso de alguna modificación, el supervisor debe actualizar esta información en el formato							

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO				CÓDIGO: CO-P1-F1	
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN				FECHA: 28/01/2022	
	PROCESO DE CONTRATACIÓN				PÁGINA: 1 de 1	

4. CUMPLIMIENTO

(Aquí se describe si el contratista está cumpliendo o incumpliendo sus obligaciones pactadas en el contrato)
Se pueden insertar los espacios necesarios por cada obligación contractual adquirida

OBLIGACIÓN No. 1: DE CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD					% CUMPLIMIENTO	100%
ACTIVIDADES					MOSTRÓ EVIDENCIAS	
					SI	NO
INDICADORES			METAS DE CUMPLIMIENTO		X	
			PESO: 33%			
a) Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general: Número promedio de días transcurridos entre la fecha solicitud de cita y la fecha de asignación			1,5 DÍAS DE CUMPLIMIENTO	Mensual		
b) Atención ambulatorio de población en aislamiento preventivo obligatorio: Cumplimiento de atención domiciliaria y por tele salud a persona incluidas en los 3 grupos de riesgo establecidos en la resolución 521 de 2020			100%	Mensual		
c) Adherencia a los protocolos de atención y bioseguridad en el marco de la emergencia sanitaria: Cumplimiento de los protocolos para la prestación de los servicios de salud			98%	Mensual		
d) Adherencia a los protocolos para protección del talento humano de la ESE			98%	Mensual		

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 2: GESTION DE PRODUCCION					% CUMPLIMIENTO	0%		
ACTIVIDADES					MOSTRÓ EVIDENCIAS			
					SI	NO		
INDICADORES			PESO: 34%		X			
a) Funcionamiento de los servicios habilitados en los horarios reportados en el REPS: Mantenimiento de la prestación de servicios de salud habilitados en las sedes y horarios establecidos.			100%	Mensual				
Sede	Servicio		Horario	Observación				
Relacione a partir de REPS	Relacione a partir de REPS							
235800077301	GENERAL ADULTO		7 A 12	2 A 5				
	ENFERMERIA		7 A 12	2 A 5				
	GENERAL PEDIATRICA		7 A 12	2 A 5				
	OBSTETRICIA		7 A 12	2 A 5				
	MEDICINA GENERAL		7 A 12	2 A 5				
	ODONTOLOGIA GENERAL		7 A 12	2 A 5				
	SERVICIO DE URGENCIA		24 HORAS					
	TRANSPORTEE SISTEENCIAL BASICO		24 HORAS					
	LABORATORIO CLINICO		24 HORAS					
	RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS		24 HORAS					
	SERVICIO FARMACEUTICO		24 HORAS					
	LABORATORIO CITOLOGIAS SERVICIO UTERINO		24 HORAS					
	TAMIZAJE DE CANCER DE CUELLO UTERINO		7 A 12	2 A 5				
	PROTECCION ESPECIFICA- ATENCION DEL PARTO		7 A 12	2 A 5				
	PROTECCION ESPECIFICA TENCION AL RECIEN NACIDO		7 A 12	2 A 5				
	DETECCION TEMPRANA- ALTERACIONES EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO		7 A 12	2 A 5				
	DETECCION TEMPRANA- ALTERACIONES DEL DESRROLLO EL JOVEN (10 A 29 AÑOS)		7 A 12	2 A 5				

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 3: GESTION FINANCIERA					% CUMPLIMIENTO	0%	
ACTIVIDADES					MOSTRÓ EVIDENCIAS		
					SI	NO	
INDICADORES			PESO: 33%		X		
a) Promedio del monto de los ingresos corrientes recaudados por concepto de venta de servicios de salud en las 3 últimas vigencias			90	Anual			
Concepto	2019	2020	2021	Promedio			
Recaudo por venta de servicios	3.149.548	3.659.241	8.102.413	4.970.400			
Fuente: SIHO (valores en pesos constantes 2019)							
b) Promedio del monto de recuperación de cartera por concepto de venta de servicios de salud en las 3 últimas vigencias			80	Anual			
Concepto	2019	2020	2021	Promedio			
Recaudo de cartera vigencias anteriores	376.785	542.375	417.899	445.946			
Fuente: SIHO (valores en pesos constantes 2019)							
			>=1				

OBSERVACIONES:

CUMPLIMIENTO DE PARAFISCALES Y/O SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DEL CONTRATISTA Y/O DE SUS TRABAJADORES DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES DEL ORDEN NACIONAL						
PAGOS PARAFISCALES			FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	
	SI	NO	31/12/2022	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN	X		SALUD	SALUD TOTAL, NUEVA EPS	9444185322	
SENA			PENSIÓN	PORVENIR, PROTECCIÓN	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			ARL	POSITIVA	DICIEMBRE	15/12/2022

NOTA: Es responsabilidad del supervisor verificar el pago de los parafiscales y seguridad social, de acuerdo a lo establecido por ley. En el caso de requerir contractualmente un equipo de trabajo, se debe aportar el listado del personal contratado.

PERSONA JURIDICA REPRESENTANTE LEGAL			
	SI	NO	
APORTE DE CERTIFICADO			FECHA

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO					CÓDIGO:CO-P1-F1
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN					FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN					PÁGINA: 1 de 1
5. ASPECTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO						
(CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL Y LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL DESARROLLO DEL MISMO)						
MODIFICACIONES AL CONTRATO						
MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	NÚMERO	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIEMPO DE PRORROGA	VALOR DE LA ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD CONTRACTUAL	
-	-	-	-	\$ 0,00	-	
-	-	-	-	\$ 0,00	-	
-	-	-	-	\$ 0,00	-	
NOMBRE DEL CEDENTE	-	-	IDENTIFICACIÓN	-	VALOR \$ 0,00	
NOMBRE DEL CESIONARIO	-	-	IDENTIFICACIÓN	-		
TERMINACIÓN ANTICIPADA	FECHA DE TERMINACIÓN	ACTA DE TERMINACIÓN	SI	-	FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	
	dd/mm/aa		NO	-		
CONTRATO:						
6. ASPECTO FINANCIERO						
FORMA DE PAGO (Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):		El Departamento realizará el giro de los recursos a la E.S.E de la siguiente manera: Un primer pago (ANTICIPADO) correspondiente al 40% del valor de los recursos asignados a la firma y legalización del convenio, un 30% se giraran en el segundo mes de ejecución del convenio, y un 30% restantes con la finalización de la ejecución del convenio, previa presentación de informe del cumplimiento de las metas fijadas para los indicadores asociados a la ejecución del convenio, para lo cual, se requiere de la presentación de la Certificación de Paz y Salvo en el aporte al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales, certificación a satisfacción del Supervisor a cargo, quien deberá verificar previamente el cumplimiento efectivo de las actividades, metas e indicadores, y la calidad de los resultados.				
VALOR DEL CONTRATO:		\$ 552.218.495				
VALOR PAGADO:		\$ 386.552.946				
VALOR EN TRÁMITE DE PAGO:		\$ 0				
SALDO:		\$ 165.665.548				
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:		CIENTO SESENTA Y CINCO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE (\$165.665.548).				
NUEVO SALDO:		\$ 0				
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS		16911, EN TRAMITE, EN TRAMITE				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO		% AVANCE FÍSICO	100%	% AVANCE FINANCIERO	70,00%	
7. ASPECTO CONTABLE						
Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		
1	3/11/2022	\$ 220.887.398		\$ 220.887.398		
2	28/12/2022	\$ 165.665.548		\$ 165.665.548		
3	30/12/2022	\$ 165.665.548		\$ -		
8. ASPECTOS AMBIENTALES						
Cumplimiento de los aspectos ambientales de acuerdo al objeto contractual (SI APLICA)						
9. RELACIÓN DE ANEXOS						
DESCRIPCIÓN DE LOS ANEXOS	MARQUE CON UNA (X) LA FORMA DE PRESENCACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME					
	INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP II	OTRO, CUAL?	
DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	X			X		
GESTIÓN DE PRODUCCIÓN	X			X		
GESTION FINANCIERA	X			X		
10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR						
ITEM	(Marcar con una x)					
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO		
CALIDAD DEL PRODUCTO		X				
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO		X				
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD		X				
CALIDAD DEL SERVICIO		X				
OBSERVACIONES:						
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DILSON BULACI						
CARGO: JEFE OFICINA ADMINISTRATIVA FINANCIERA						
FIRMA:						
FECHA DE INFORME: 30/12/2022						