INFORME DE SEGUIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y/O DE INTERVENTORÍA						
Informe No.	01	**Final**		Si ☐	No ☒	N/A☐
Pago No.	01	**Parcial**		Si ☒	No ☐	N/A☐
Periodo de seguimiento	**Desde:**	03/01/2023	**Hasta**:	31/01/2023		
Supervisor y/o interventor		**Nombre**		**Cargo**		
		WILFRIDO RAFAEL GOMEZ ESCORCIA		ENFERMERO		
Fecha de elaboración del informe		31/01/2023				

1. INFORMACIÓN GENERAL E HISTORIAL DEL CONTRATO/CONVENIO				
Contrato	☒	**No.**	CPS-032-2023	
Convenio	☐	**Fecha de suscripción**	03/01/2023	
Contratante		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SEGOVIA ANTIOQUIA		
NIT		800.080.586-8		
Contratista		DIOVER ALBERTO BORRERO PADILLA		
Cédula/NIT		1.037.478.304		
Objeto		Prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial para consolidar, revisar, preparar y reportar la información de las actividades e intervenciones relacionadas con la Resolución 4505 de 2012 - Protección específica, detección temprana de las enfermedades de interés en Salud Pública para el Ministerio de Salud y Protección Social y en los procesos y procedimiento de la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SEGOVIA ANTIOQUIA, de acuerdo con el requerimiento institucional		
Fecha de acta de inicio		(dd/mm/aaaa)		
Valor	**Inicial**	DIEZ Y NUEVE MILLONES SETENCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS ($19.745.000)		
	Adición	Si ☐	No ☐	N/A☒
		No.	**Valor adicionado**	**Porcentaje de adición**
		Haga clic aquí para	VALOR EN LETRAS ($)	%

		escribir texto.		
	Total	DIEZ Y NUEVE MILLONES SETENCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS ($19.745.000)		
Plazo	**Inicial**	11 MESES Y 29 DIAS		
	Adición	Si ☐	No ☐	N/A☐
		No.	**Tiempo**	**Nueva fecha de terminación**
		Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	dd/mm/aaaa
Histórico de suspensiones		Si ☐	No ☐	N/A☒
		No.	**Fecha de inicio**	**Fecha de reanudación**
		Haga clic aquí para escribir texto.	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa

Disponibilidad presupuestal	**No.**	**Fecha**
	32	03/01/2023
Registro presupuestal	**No.**	**Fecha**
	32	03/01/2023
Porcentaje de ejecución física		8.0779944%
Porcentaje de ejecución financiera		8.0779944%

2. SEGUIMIENTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO DEL CONTRATO

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FÍSICA

POR PARTE DEL CONTRATISTA/ASOCIADO

Ítem	Actividades del contrato	% Ejecución	Justificación/ Observación	Calificación				
				1	2	3	4	5
1	Apoyar en la consolidación de todos los datos	100%	El contratista cumplió con	☐	☐	☐	☐	☒

	requeridos para generar el informe de la Resolución 4505 de 2012 y Resolución 0202 del 23 de febrero de 2021, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.		esta obligación contractual.					
2	Realizar el respetivo reporte de la Resolución 4505 y Resolución 0202 del 23 de febrero de 2021, por cada uno de los medios dispuestos por las EPS y al ente de control y vigilancia del orden local en términos de oportunidad y calidad.	100%	El contratista cumplió con esta obligación contractual.	☐	☐	☐	☐	☒
3	Hacer recuperación de actividades con el fin de mejorar los indicadores de la institución de acuerdo a la Resolución 3280 del 2 de agosto de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	100%	El contratista cumplió con esta obligación contractual.	☐	☐	☐	☐	☒
4	Retroalimentar a la E.S.E. en las actividades reportadas en la Resolución 4505 de 2012 y Resolución 0202 del 23 de febrero de 2021, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social a las EPS.	100%	El contratista cumplió con esta obligación contractual.	☐	☐	☐	☐	☒
5	Presentar informes mensuales de las labores ejecutadas, sin perjuicio de	100%	El contratista cumplió con	☐	☐	☐	☐	☒

	los informes especiales que le solicite.		esta obligación contractual.					
6	Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área o servicio asignado.	100%	El contratista cumplió con esta obligación contractual.	☐	☐	☐	☐	☒

POR PARTE DEL CONTRATANTE/ASOCIADO			
Ítem	**Actividades del contrato**	**% Ejecución**	**JUSTIFICACIÓN / OBSERVACIÓN**
1	Pago oportuno	100%	Durante el lapso de periodo reportado en el informe de actividades se efectuó la supervisión exigiendo los soportes y evidencias de la ejecución del contrato y garantizando que las obligaciones del contrato se estén llevando correctamente y sin contratiempos.

REUNIONES Y/O VISITAS REALIZADAS		
Si ☐	No ☐	N/A☒
Ítem	**Fecha**	**Observaciones**
Haga clic aquí para escribir texto.	dd/mm/aaaa	Haga clic aquí para escribir texto.

INFORMES Y/O REQUERIMIENTOS		
Si ☐	No ☐	N/A☒
Ítem	**Fecha**	**Observaciones**
Haga clic aquí para	dd/mm/aaaa	Haga clic aquí para escribir texto.

escribir texto.		

3. VERIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES DE PARAFISCALES

El CONTRATISTA/ASOCIADO, presenta los documentos que acredita que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a la seguridad social integral 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 y aporta Planilla del pago de la seguridad social integral:

No. Planilla	**Fecha**	**Periodo de cotización**
N/A	dd/mm/aaaa	mm/aaaa
Ingreso Base de cotización		$
Aportes		**Total**
Pensión		$
Salud		$
Riesgos		$
TOTALES		**$**

4. SEGUIMIENTO FINANCIERO DEL CONTRATO/CONVENIO

Ítem	**Actividad y/o Evento**	**Valor ejecutado mes a mes**	**Valor acumulado del contrato**
1	Actividades del contrato	1.595.000$	1.595.000$
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	$	$
Haga clic aquí para	Haga clic aquí para escribir texto.	$	$

escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	$	$
Total		1.595.000$	1.595.000$
Total Ejecutado		**$**1.595.000	
ANOTACIONES ADICIONALES			
La anterior relación financiera refleja la ejecución del contrato, en lo que corresponde a la información de los soportes entregados por el contratista y/o asociado durante el término de			

ejecución del contrato, cuya ejecución se realizó en el periodo de seguimiento inicialmente señalado. El siguiente informe se realiza con el fin de complementar los anteriores informes en cuadros de SEGUIMIENTO FINANCIERO DEL CONTRATO/CONVENIO Y REITERAR EL TIEMPO DE EJECUCIÓN DE ESTE.

CONTROL DE PAGO O DESEMBOLSOS

La E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SEGOVIA ANTIOQUIA, realizó los siguientes pagos al CONTRATISTA/ASOCIADO:

Concepto		**Valor pago Desembolso**	**Saldo**
Valor inicial		$	19.745.000$
Pago/Desembolso N°	**Fecha**		
1	(31/01/2023)	1.595.000$	18.150.000$
Haga clic aquí para escribir texto.	(dd/mm/aaaa)	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	(dd/mm/aaaa)	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	(dd/mm/aaaa)	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	(dd/mm/aaaa)	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	(dd/mm/aaaa)	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	(dd/mm/aaaa)	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	(dd/mm/aaaa)	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	(dd/mm/aaaa)	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	(dd/mm/aaaa)	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	(dd/mm/aaaa)	$	$
Haga clic aquí para escribir texto.	(dd/mm/aaaa)	$	$

TOTALES	1.595.000**$**	18.150.000**$**

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA

Totales	No.	Detalle en %	Detalle en pesos
Pagos efectuados a la fecha	1	8.0779944%	1.595.000$
Porcentaje financiero ejecutado	1	8.0779944%	1.595.000$
Valor pendiente por pagar	11	91.9220056%	18.150.000$
Valor autorizado a efectuar	1	8.0779944%	1.595.000$

5. CONTROL DE RIESGOS

Se han realizado los controles pertinentes en la ejecución del contrato, lo que mitigo el riesgo durante el tiempo de cumplimiento del contrato.

6. AVAL PARA PAGO

Por lo anterior se AVALA EL PAGO:	Si ☒	No ☐
Pago No.	**Valor**	
1	1.595.000$	
El pago se atenderá a cargo:		
Registro Presupuestal	**No.**	**Fecha**
	32	03/04/2023
Rubro Presupuestal	**No.**	**Descripción**
	212020200802	SERVICIOS PERSONALES ADMINISTRATIVOS (CONTADOR ABOGADO)

7. ANEXOS

Al presente informe se anexa:

Ítem	Concepto
1	Cuenta de cobro, factura o documento equivalente
2	Informe de actividades
3	Evidencias informe de actividades
4	Planilla del pago de la seguridad social integral



WIFRIDO RAFAEL GOMEZ ESCORCIA
ENFERMERO