| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 07 |
| **Contrato No:** | 202200688 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | **RUBY ELENA MUNIVE LOZANO** | | |
| **Identificación:** | **32733889** | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACION DE SERVICIO | | |
| **Nombre del Supervisor:** | PIEDAD ECHEVERRIA LOPEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INMEDIATA, ATENCIÓN DE URGENCIAS YEMERGENCIAS, Y PROCESOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO** | | |
| **Plazo de Ejecución:** | El plazo para la ejecución del contrato será por ocho (8) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | 202200481 | **Fecha de C.D.P.** | 2022-01-06 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | 202202005 | **Fecha del R.P.** | 2022-01-15 |
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** $ 37.200.000<br>**Adición 1** $<br>**Adición 2** $<br>**Adición 3** $<br>**Total** $ 37.200.000 | | |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| (2022-01-15) | (2022-09-14) | | |

### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

| DOCUMENTO | FECHA SUSCRIPCION | PRÓRROGA DEL PLAZO | ADICIÓN VALOR | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (según se establezcan en el Contrato)

| Aseguradora | No de Póliza | Actualización de Póliza (En caso que aplique) | Amparos | Vigencia | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desde (yyyy-mm-dd) | Hasta (yyyy-mm-dd) |
| | | | Calidad del servicio | | |
| | | | Cumplimiento | | |
| | | | Anticipo | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Pago anticipado | | |
| | | | Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados | | |
| | | | Salarios y prestaciones | | |
| | | | Responsabilidad Civil Extracontractual | | |
| | | | Otros | | |

**3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)**

| DESCRIPCIÓN | | VALOR |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato Inicial** | | **$ 37.200.000** |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$ 37.200.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 3 2 .550.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 4 .650.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 4.650.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **07** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 1**5 JULIO **AL 14 DE AGOSTO DEL 2022.**

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

| **Detalle de las Actividades Realizadas-** | |
|---|---|
| **Obligación** | **Producto** |
| 1) Verificar la continuidad e integralidad en los procesos de referencia y contra referencia (cuadros de referencia y contra referencia). | Asistir en los procesos, procedimientos, procesos de referencia y contrareferencia actividades técnicas y administrativas que permitan prestar adecuadamente los servicios de salud garantizando accesibilidad, continuidad, oportunidad e integralidad de los servicios y propender por una racional utilización de los recursos institucionales, mediante las modalidades de los diferentes Servicios solicitados. |
| 2) Recibir la solicitud de referencia del paciente que requiere otro nivel de complejidad de atención. | Asistir en los procesos, procedimientos, procesos de referencia y contrareferencia por medio de los anexos 9, verificar las diferentes Solicitudes y pertinencias de las mismas. |

| | |
|---|---|
| | |
| 3) Realizar IVC (Inspección, vigilancia y control) a las diferentes IPS – EPS. Cuando sean asignadas por el jefe inmediato. | Realizar visitas de inspección, vigilancia y control a diferentes IPS y EPS del departamento del atlántico en caso de ser necesaria a fin de garantizar la prestación oportuna de los diferentes servicios a los pacientes y realizar las actas Correspondientes. |
| 4) Apoyar a las capacitaciones Institucionales. | Apoyo a capacitaciones institucionales virtuales o presenciales a las distintas E.S.E del departamento del Atlántico. |
| 5) Asistir a capacitaciones. | Asistir a capacitaciones institucionales virtuales o presenciales de actualizaciones y Manejos dentro del Sistema de Salud. |
| 6) Requerimientos tramitados a EPS – IPS. | . Realizar requerimientos a EPS-IPS con el fin de garantizar oportunidad en el manejo de los pacientes en sus instituciones, de manera Inmediata. |
| 7) Solicitud de evoluciones o historias clínicas a las diferentes IPS – EPS. | Solicitud de evoluciones de historias y evoluciones que merezcan el debido Requerimiento para apoyo al paciente. |
| 8) Verificar a la población no afiliada su respectiva sisbenizacion y afiliación al Régimen subsidiado. | Evidenciar en las diferentes plataformas la Población no afiliada a y afiliación al régimen |
| 9) Activación del sistema de vigilancia Epidemiológica en situación de emergencia. | Asistir, verificar y activar en el debido cumplimiento del reporte al sistema de Vigilancia Epidemiológica Departamental en situaciones de emergencia. |
| 10) Apoyar con la asistencia a EVENTOS. | Apoyo y presencia en eventos designados por el jefe inmediato |
| 11) Coordinar traslados de usuarios por parte de ambulancias públicas y privadas para Brindar un servicio oportuno y con calidad. | Apoyo de traslados de usuarios que requieran asistencia a los diferentes entes hospitalarios para servicio de calidad. |
| 12) Generar solicitud de autorizaciones o negaciones de paciente PPNA e ir Alimentando base de datos de estas. | Realizar autorizaciones y negaciones solicitadas por las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Empresas Social del Estado, para la atención de pacientes PPNA del departamento del Atlántico. |
| 13) Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato | Apoyo en las actividades asignadas por el supervisor del contrato. |

**5. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO**

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

**6. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN.**

a) Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
b) Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
c) Verificación del pago de Estampillas

d) Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
e) Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
f) Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
g) Trámite de reconocimiento y pago de honorarios ante la Oficina de Contabilidad

Y todas las demás obligaciones del contrato establecidas en los Estudios Previos, Anexos, y el Manual de Contratación.

**7. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).**

**(PIEDAD ECHEVERRIA LOPEZ)**quien actúa en nombre y representación del Departamento del Atlántico, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el Estudio previo, y verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla , certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

**7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)**

| Número de la Cuenta de Cobro | Número de la Planilla | Fecha de Pago Planilla | Valor Total de la Planilla |
|---|---|---|---|
| 01 | 9434416881 | 05-05-2022 | 575.500 |
| 02 | 9434608690 | 11-05-2022 | 575.500 |
| 03 | 9434768467 | 11 -05- 2022 | 575.500 |
| 04 | 9436108587 | 14-06-2022 | 575.500 |
| 05 | 9435715233 | 01-07-2022 | 575.500 |
| 06 | 9438260278 | 26-09-2022 | 579.000 |
| 07 | 9439635693 | 24-10-2022 | 578.300 |

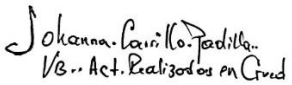
**(La sumatoria total de las planillas debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)**

*NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.*

Se firma en Barranquilla, a los **30 días** del mes de **noviembre del 2022**.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**C.C.: 32815938de Soledad**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C:32733889de Barranquilla**




**Johanna Carrillo Padilla**
**Enfermera Auditor CRUED Departamental**
**VB. 2/12/2022 HORA 3:43 PM**