| | | | |
|---|---|---|---|
| Atlántico para la Gente / GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | **INFORME DESUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS** | **VERSION** | **001** |
| | | **FECHA DE APROBACION** | **2021-11-22** |

***Nota: (Diligenciar los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)***

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 10 |
| **Contrato No:** | 202200721 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | ALMA PURA RIQUE PALACIO | | |
| **Identificación:** | 32.659.132 | | |
| **Tipo de Contrato:** | Contrato de prestación de servicios | | |
| **Nombre del Supervisor:** | ALMA SOLANO SANCHEZ | | |
| **Objeto del Contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LOS DIFERENTES PROCESOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO | | |
| **Plazo de Ejecución:** | El plazo para la ejecución del contrato será por once (11) meses veinte días, contados a partir delcumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | **202200285** | **Fecha de C.D.P.** | 2022 /01 /03 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202201326** | **Fecha del R.P.** | 2022 /01 /11 |
| **Número de Certificado de disponibilidad Presupuestal (C.D.P.) – Adición 1** | **20221820** | **Fecha de C.D.P.** | 2022/08/03 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.) Adición 1** | **20226273** | **Fecha del R.P.** | 2022/09/01 |
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** \| $ 57.600.000<br>**Adición 1** \| $ 26.400.000<br>**Adición 2** \| $<br>**Adición 3** \| $<br>**Total** \| $ 84.000.000 | | |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 11/01/2022 | 31/12/2022 | | |

### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

(Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)

| DOCUMENTO | FECHA SUSCRIPCION AAA/MM/DD | PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días) | ADICIÓN VALOR ($) | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| ADICIÓN Y RORROGA | 28/08/2022 | 31/12/2022 | $26.4000.000 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

***Nota: Aplica solo para Informes de supervisión de Bienes y suministros.***

| 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** | | **$57.600.000** |
| **Adición No. 1** | | **$26.400.000** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$84.000.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$72.000.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$12.000.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$7.200.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **10** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 11 de octubre al 10 de noviembre de 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** |
| Apoyar a la Secretaría de Salud Departamental en los requerimientos que realicen los diferentes entes, con relación a la liquidación de la Red de Hospitales que se lleven a cabo. | Apoyo a los acreedores de los hospitales liquidados en la presentación de los recursos para reclamar debidamente sus acreencias |
| Realizar seguimiento a los trámites de pago de los fondos de pensiones, con relación a los procesos liquidotorios de la Red Hospitalaria que se lleven a cabo | En el presente periodo de ejecución no fueron asignadas actividades a desarrollar |

| | |
|---|---|
| Brindar acompañamiento al proceso de conciliación y validación de los pagos de intereses, que queden pendientes por efectuar con ocasión a la liquidación de los hospitales que conforman la Red de Hospitales del Departamento que se lleven a cabo. | Acompañar en el traslado de la información del acuerdo al convenio interadministrativo del Hospital de Soledad |
| Brindar apoyo técnico en la implementación de las acciones necesarias para el correcto desarrollo de la prestación de servicios de salud en el Departamento del Atlántico, en el marco de sus competencias. | En el presente periodo de ejecución no fueron asignadas actividades a desarrollar |
| Brindar el acompañamiento a la Secretaría de Salud Departamental para llevar a cabo el correspondiente proceso de los aportes patronales financiados con recursos del SGP. | En el presente periodo de ejecución no fueron asignadas actividades a desarrollar |
| Realizar el acompañamiento en el desarrollo de los procesos necesarios que se llevan a cabo conforme con la Resolución 1545 de 2019. | En el presente periodo de ejecución no fueron asignadas actividades a desarrollar |
| Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato con relación a su objeto contractual. | Apoyo a las actividades asignadas por el supervisor del contrato en el proceso de revisión de acreencias |

***NOTA: Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución 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.

***(En caso contrario describir la situación y las acciones de la supervisión)***

**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).**

ALMA SOLANO SANCHEZ, 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 | **4429178461** | 13/01/2022 | $968.300 |
| 02 | **4437941581** | 14/03/2022 | $2.401.800 |
| 03 | 4442090271 | 11/04/2022 | $2.401.800 |
| 04 | 4444527669 | 02/05/2022 | $2.401.800 |
| 05 | 4449642903 | 13/06/2022 | $2.401.800 |
| 06 | **4453320058** | 05/07/2022 | $2.401.800 |
| 07 | **4457638850** | 02/08/2022 | $2.401.800 |
| 08 | **4463381101** | 09/09/2022 | $2.404.300 |
| 09 | **4467263189** | 06/10/2022 | $2.401.800 |
| 10 | **4470595281** | 31/110/2022 | $2.401.800 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | |

**(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 dieciocho (18) días del mes de noviembre de **2022.**

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**ALMA SOLANO SANCHEZ**
**C.C.: 32.796.348 de Barranquilla**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**ALMA RIQUETT PALACIO**
**C.C.: 32.659.132 de Barranquilla**