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

Informe de Supervisión No:	2
Contrato No:	202301213

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	CIELO NELDA LARA VILLAMIL		
Identificación:	32633538		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	PIEDAD AMPARO ECHEVERRIA LOPEZ		
Objeto del Contrato:	*PRESTACION DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA ESTABLECER LOS PROCESOS DE HABILITACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN LOS 22 MUNICIPOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO.*		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será por seis (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución**.**		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202300555**	**Fecha de C.D.P.**	2023 / 02 / 14
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202302430**	**Fecha del R.P.**	2023 / 03 / 27
Valor del Contrato	**Contrato Inicial** | $ 21.600.000 **Adición 1** | $ **Adición 2** | $ **Adición 3** | $ **Total** | $ 21.600.000		

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
27/03/2023	26/09/2023		

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

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 (AAAA-MM-DD)	Hasta (AAAA-09MM-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		**$ 21.600.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$ 21.600.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 7.200.000**
Valor por ejecutar		**$ 14.400.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 3.600.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**2**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 27 de abril AL 26 DE mayo DE 2023.

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**
Realizar visita de verificación del SOGCS de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud a la red de prestadores del departamento del Atlántico.	Hacer visitas de habilitación, previas, e IVC a los prestadores de servicios de salud del Atlántico.
Realizar visitas de verificación de IVC a los prestadores de salud del departamento del Atlántico.	Hacer visitas para atender quejas radicada en Secretaría de Salud por la ciudadanía y otros.
Elaborar y presentar informes respectivos	Elaborar y presentar informes producto de las visitas de habilitación, previas, e IVC, para su tabulación y socialización.
Asistencia a comités de trabajo de habilitación convocado por el coordinador del grupo.	Asistir a comité de trabajo de habilitación de manera virtual. Asistencia capacitación sobre estrategia Plan Padrino a Eses del departamento.
Asistencia a capacitaciones convocado por el coordinador del programa de habilitación.	Asistencia a Unidades de análisis y sala situacional
Bridar asistencia técnica y asesorías del SOGCS a los prestadores de salud de la red del departamento del atlántico.	Realizar visitas de asistencia técnica a IPS públicas y privadas

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).

PIEDAD AMPARO 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
1	4494994527	2023/04/18	$ 216.600
2	4498352872	2023/05/10	$ 215.100
	2		431.700

(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 26 días del mes de **mayo** de **2023**

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: 32815938 de Soledad

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 32633538 de Barranquilla

VoBo: Bernardo Caparroso E.