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:	**03**
Contrato No:	**202300080**

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	**LIDYS BENAVIDES FLOREZ**		
Identificación:	**22586472 PUERTO COLOMBIA**		
Tipo de Contrato:	**PRESTACIONDESERVICIOS**		
Nombre del Supervisor:	**PIEDADECHEVERRIALOPEZ**		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INMEDIATA, ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS,Y PROCESOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN LOS 22 MUNICIPIOSDELDEPARTAMENTO DELATLÁNTICO		
Plazo de Ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será 6 meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202300038**	**Fecha de C.D.P.**	2023 / 01 / 05
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**2023000352**	**Fecha del R.P.**	2023 /01 / 30

Valor del Contrato	**Contrato Inicial**	$ 30.225.000
	Adición 1	$
	Adición 2	$
	Adición 3	$
	Total	$ 30.225.000

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
30/01/2023	29/07/2023		

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		**$30.225.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$30.225.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$15.114.000**
Valor por ejecutar		**$15.111.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$5.037.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**03**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 01 DE Abril AL 30 Abril 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**
Verificar vía correo electrónico y en Plataforma las solicitudes, velando por revisar el cumplimiento de los requisitos y soportes que deben presentar, de acuerdo con los anexos socializados (anexo 2 y 3) generados por los prestadores públicos y privados del departamento del Atlántico para dar respuesta, de manera personal e intransferible.	Verificar el cumplimiento de la oportunidad de respuesta del profesionaluniversitario del Anexo 4: autorización o negación. En el caos de la negación debeverificar las alternativas para que el usuario acceda al servicio de salud solicitado ala PPNA..
Verificar los derechos en el SGSSS y definir si se trata de PPNA	Verificar el cumplimiento del diligenciamiento total e integral del Anexo 4, ubicandoy

	corroborando la información que se incorpore en el mismo, de manera personale intransferible.
Verificar que la respuesta emitida al prestador en Anexo 4 por parte del profesionaluniversitario sea coherente con la solicitud recibida teniendo en cuenta si se tratade autorización o negación..	Presentar Informe sobre la entrega de turno de las autorizaciones recibidas durante cada turno a través de la plataforma.
Verificar que los servicios autorizados correspondan a las solicitudes generadaspor parte del prestador.	Revisar las cotizaciones y generar colocar el visto Bueno, una vez analizadointegralmente las cotizaciones, teniendo en cuenta el valor de esta.
Verificar con la entidad prestadora de los servicios la oportunidad de la atenciónde l paciente y la calidad del cómo se desarrolló esta.	Solicitar a la coordinadora de auditorio aval las cotizaciones por mayor valor de$7.500.000 mil pesos, para su análisis.
Relacionar los pacientes PPNA y enviarlos al técnico operativo de aseguramiento y afiliación para el correspondiente tramite.	Realizar seguimiento a los pacientes PPNA en lo relacionado con suaseguramiento y afiliación.
Capacitar a los prestadores para el manejo de las solicitudes de Anexo 2 y 3 en laplataforma habilitada para ello.	Verificar que la PPNA al requerir remisión a mayor nivel de complejidad la solicituddel prestador de mayor nivel de complejidad solicite el anexo correspondiente(Anexo 3) y de esta forma se genere la respuesta, ya sea autorización o negacióncon el cumplimiento de los requisitos

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).

PIEDADECHEVERRIALOPEZquien 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 (sin intereses)
1	1052843922	23/02/2023	$623.800
2	1052844015	12/03/2023	$623.800
3	1053342978	12/04/2023	$623.800
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		1.871.400

(La sumatoria total de las planillas sin intereses 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 2 días del mes de **MAYO** de **2023**.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.: (: 32.840.915 de SOLEDAD)

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.: 22586472)de (Puerto Colombia)

Johanna Carrillo Padilla
V/B. Act. Realizados en Crued

Johanna Carrillo Padilla
Enfermera Auditor CRUED Departamental
VB. 26/04/2023 HORA 2:06 PM