Informe de Supervisión No:	**03**
Contrato No:	**202300077**

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	**MERLY MERCEDES CERVANTES CLEVER**		
Identificación:	**22742671**		
Tipo de Contrato:	**PRESTACION DE SERVICIOS**		
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 Y EMERGENCIAS, Y PROCESOS DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO***		
Plazo de Ejecución:	**ELPLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ DE SEIS (6) MESES CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEPERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN.**		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202300038**	**Fecha de C.D.P.**	**05/01/2023**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202300355**	**Fecha del R.P.**	**30/01/2023**
Valor del Contrato	**Contrato Inicial** $ 30.225.000.oo **Adición 1** $ **Adición 2** $ **Adición 3** $ **Total** $30.225.000.oo		

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 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)

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 losbienes y equipos suministrados		
			Salarios y prestaciones		

			Responsabilidad Civil Extracontractual		
			Otros		

3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)

DESCRIPCIÓN		VALOR
Valor del Contrato Inicial		**$ 30.225.000.oo**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$ 30.225.000.oo**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 15.111.000**
Valor por ejecutar		**$ 15.114.000**
Valor para 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 DE 01 de ABRIL Al 30 DE ABRIL 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 el seguimiento a las IPS - ESE del Departamento del Atlántico a través de la Plataforma SEM.	Se realiza seguimiento de los 13 Prestadoresde Servicio de Salud sobre la capacidad de camas instaladas reportadas en Plataforma SEM
Verificar y comparar por medio de un consolidado la disponibilidad frente a la plataforma SEM y porcentaje de ocupación, resultado que debe ser enviado por medio de un informe diario antes de 10:30 a.m. a la secretaría de salud, coordinadora de área y a quien ella designe.	Se realiza consolidado Porcentaje Ocupacional: informe enviado diariamente .

Realizar el seguimiento al Formato OCUPACIÓN NOMINAL pacientes COVID: realizando un consolidado diario de la información enviada por parte de las IPS - ESE del departamento del atlántico.	Se recibe diariamente el Formato Nominal COVID parametrizado enviado por cada IPS atraves del correo del CRUED (cruedop01@atlantico.gov.co), validando la ocupación.
Elaborar un informe dirigido a los entes de control donde se estipule el nivel de Ocupación de las Camas UCI, el Número de Camas Dispuestas, Ocupadas y Disponibles.	Informe de ocupación diario dirigido a la Procuraduría y Ministerio de salud.
Elaborar un informe dirigido al ministerio de salud donde se estipule el nivel de Ocupación de las Camas UCI, número de Camas Dispuestas, Ocupadas y Disponibles. El cual será remitido a el canal establecido por el ministerio con copia a la supervisora y la coordinadora de área.	Informe de ocupación diario dirigido a la Procuraduría y Ministerio de salud.
Mantener un seguimiento de manera personal e intransferible a los pacientes con diagnostico dengue y que requieran monitoreo de urgencias.	Comunicación vía Telefónica y WhatsApp de maneradirecta con funcionarios encargados de manejar la información en cada una de las IPS del Departamento Atlántico para seguimiento y control.
Realizar y mantener seguimiento y actualización de informacion referente a la disponibilidad de camas IPS; solicitud de expansión en la Plataforma SEM, apoyo y verificación en caso de que no les permita actualizar; Información que solicita el Ministerio periódicamente a través del correo del CRUED; capacidad instalada de camas de UCI en el territorio; número de camas UCIcontroladas a través del CRUE (Art. 4, Decreto 538 de 2020)	Desde el área de habilitación, se recibe los datos de capacidad camas instaladas, inscritas hasta la fecha en el registro especial de prestadores de servicios de salud del Departamento del Atlántico – REPS , Se realiza validación de los13 Prestadores de Servicio de Salud ajustando la capacidad y distribución de camas en Plataforma SEM (actualización)
Desarrollar todas aquellas subactividades que se deriven o sean necesarias para cumplir con las actividades específicas principales, de forma personal e intransferible, que le sean asignadas por el supervisor del contrato.	Reuniones (Asistencial - Virtual), para el desarrollo de temas con el equipo de trabajo CRUED.

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 eldesarrollo 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 laejecución 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 conformidadcon 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 PRESTACIONES SOCIALES (*)

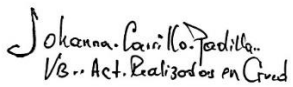
Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla
01	9448159213	10/03/2023	**549.600**
02	9448459022	28/03/2023	**549.600**
02	9449832190	24/04/2023	**48.100**
03	9450592785	04/05/2023	**595,400**
04	9450313611	30/05/2023	**595,400**
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		**2.338.100**

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

Se firma en Barranquilla, a los **02** días del mes de **junio** de **2023**.

FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C.:32815938 de Soledad

MERLY MERCEDES CERVANTES CLEVER
FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C.:22.742.671 De B/Quilla



Johanna Carrillo Padilla
Enfermera Auditor CRUED Departamental
VB. 2/06/2023 HORA 3:50 PM