DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO:CO-P1-F1
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN	FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1

1. DATOS DEL INFORME

INFORME No.	PRIMER INFORME	PERIODO A EVALUAR	17 de AGOSTO DE 2023 al 16 DE SEPTIEMBREDE

CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO
CONTRATO	X	401-2023			15 AGOSTO DE 2023
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:	1795	No. RP:	4425

NOMBRE CONTRATISTA:	LILIANA PATRICIA FIGUEREDO NEGRETE
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	50.937.797
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO ESPECIALIZADO PARA BRINDAR APOYO A LA OFICINA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL IVC, DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA.
FECHA ACTA DE INICIO:	17/08/2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	26/12/2023
DURACIÓN:	CUATRO MESES (04) Y DIEZ (10) dias contados a partir de la fecha de inicio del contrato en secop ii, cumplidos los requisitos de ejecucion del contrato, sin que en ninguna caso sobrepase la vigencia 2023.
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	NO APLICA
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	NO APLICA
AVANCE EN TIEMPO:	23%
VALOR INICIAL	$ 21.175.461,00
VALOR REAJUSTE:	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 21.175.461,00

FUENTE DE FINANCIACIÓN:	SPGR		CONVENIOS		RECURSOS PROPIOS	X
	OTRO (Especifique)					

OBSERVACIONES:

3. ASPECTO LEGAL

GARANTÍAS:	CONTRATO DE SEGURO		
VALOR ASEGURADO:	4.235.092.20	VIGENCIA:	16/08/2023 HASTA EL 05/07/2024
ASEGURADORA:	PREVISORA	NÚMERO DE PÓLIZA:	3018610

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA	DURACIÓN DESDE	DURACIÓN HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	23%	2.117.546.10	16/08/2023	05/07/2024
MANEJO Y BUENA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.				
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL EMPLEADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.				
ESTABILIDAD DE LA OBRA.				
RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)				
CALIDAD DEL SERVICIO.	23%	2.117.546.10	16/08/2023	05/07/2024
CALIDAD DE LOS BIENES.				
CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS.				
PERMISOS, LICENCIAS Y DEMÁS REQUERIDOS				

NOTA: En caso de requerir licencias o permisos para ejecutar las actividades contractuales, se deben relacionar y validar su cumplimiento

OBSERVACIONES:

ESTAMPILLAS Y TRIBUTOS DEPARTAMENTALES		ESTADO PAGO (DILIGENCIAR EL ESTADO DE PAGO DE LOS TRIBUTOS, EN CASO DE HABER PAGADO EL 100% MARQUE PAGO TOTAL, EN CASO DE PAGO PARCIAL, DILIGENCIE LA INFORMACIÓN "ACUERDO DE PAGO")			ACUERDO DE PAGO			
DESCRIPCIÓN DEL TRIBUTO	%	CUANTIA	PAGO TOTAL	PAGO PARCIAL	No. Acuerdo	Fecha Acordada	No Cuota pagada periodo	Estado da la fecha del informe
Estampilla Pro Cultura	0,5%	$ 105.877	X					
Estampilla para el bienestar del adulto mayor	3,0%	$ 635.300	X					
Estampilla Pro Desarrollo Económico	2,0%							
Estampilla Pro Desarrollo Departamental	2,0%							

NOTA: El porcentaje de las estampillas están de acuerdo a la ordenanza 034 de 2020. en caso de alguna modificación, el supervisor debe actualizar esta información en el formato

Powered by CamScanner

4. CUMPLIMIENTO

(Aquí se describe si el contratista está cumpliendo o incumpliendo sus obligaciones pactadas en el contrato)
Se pueden insertar los espacios necesarios por cada obligación contractual adquirida

OBLIGACIÓN No. 1: Apoyar jurídicamente en todos los Procesos Administrativos Sancionatorios relacionados con irregularidades en el sistema de información de la calidad que se llevan a cabo en la oficina de inspección, vigilancia y control (IVC) contra todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Córdoba, por violación a la normatividad referente al sector salud.	% CUMPLIMIENTO	23%

ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
PROYECTÉ AUTO DE CIERRE DE PROCESO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO IPS PURISALUD PROYECTÉ AUTO DE CIERRE DE PROCESO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO IPS CLINICA LA TRINIDAD PROYECTÉ AUTO DE CIERRE DE PROCESO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO UNIDOS POR EL MAÑANA	X	

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 2: Proyectar los actos administrativos referentes a los conceptos jurídicos que se emitan relacionados con las investigaciones que se llevan a cabo en la Oficina de inspección, vigilancia y control (IVC) a los prestadores, promotores, direcciones locales de salud y profesionales por parte del Departamento a través de la Secretaria de Desarrollo de la Salud.	% CUMPLIMIENTO	23%

ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
PROYECTÉ AUTO DE CIERRE DE PERIODO PROBATORIO DEL PROCESO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO IPS PURISALUD EAT PROYECTÉ AUTO DE CIERRE DE PERIODO PROBATORIO ESE CAMU SAN PELAYO PROYECTÉ AUTO DE CIERRE DE PERIODO PROBATORIO DEL PROCESO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO CENTRO DE TERAPIAS DE CERETE	X	

OBLIGACIÓN No. 3: Emitir los conceptos jurídicos en cualquier etapa de todos los procesos que se llevan a cabo en la Oficina de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de la Secretaría de Desarrollo de la Salud contra todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Córdoba, por violación a la normatividad referente al sector salud.	% CUMPLIMIENTO	23%

ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
PROYECTÉ AUTO DE ADMISORIO DE LA QUEJA PRESENTADA POR LA SEÑORA SAYA NORIEGA PROYECTÉ AUTO DE CIERRE DE LA QUEJA PRESENTADA POR LA SEÑORA SAYA NORIEGA	X	

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 4: Asistir al Director de la Oficina de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de la Secretaría de Desarrollo de la Salud del Departamento, en las reuniones del equipo interdisciplinario de estudio de casos especiales, relacionados con todas las investigaciones que se hacen a los prestadores, promotores, direcciones locales de salud y profesionales del área en lo referente a todos procesos que se llevan a cabo en esta dependencia	% CUMPLIMIENTO	23%

ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
NO FUERON ASIGNADAS		X

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 5: Realizar seguimiento al trámite adecuado y oportuno a las peticiones, investigaciones y actuaciones administrativas relacionadas con la calidad de la prestación del servicio de salud e irregularidades administrativas de los actores del sistema General de seguridad social en salud en el Departamento de Córdoba.	% CUMPLIMIENTO	23%

ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
PROYECTÉ CITACION DE NOTIFICACION PERSONAL IPS CLINICA LA TRINIDAD PROYECTÉ CITACION DE NOTIFICACION PERSONAL IPS UNIDOS POR EL MAÑANA PROYECTÉ CITACION DE NOTIFICACION PERSONAL IPS SABANASALUD PROYECTÉ CITACION DE NOTIFICACION PERSONAL IPS PURISALUD	X	

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 6: Brindar apoyo en materia de Inspección, vigilancia y control frente al cumplimiento de responsabilidades y obligaciones asignadas a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Direcciones Locales de Salud. (Cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que se expida a Nivel Nacional y Departamental).	% CUMPLIMIENTO	23%

ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
PROYECTÉ OFICIO DE CIERRE SAYA NORIEGA SUPERSALUD	X	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO:CO-P1-F1
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN	FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1

OBLIGACIÓN No. 7: Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento elaborados por los actores del Sistema General de Seguridad Social derivados de procesos jurídicos e investigaciones propias de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), en los casos que sean requerido.	% CUMPLIMIENTO	23%
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
ENVIE CORREO DE AUTO DE CIERRE DE PERIODO PROBATORIO IPS PURISALUD ENVIE CITACION DE NOTIFICACION PERSONAL UNIDOS POR EL MAÑANA ENVIE CITACION DE NOTIFICACION PERSONAL SABANASALUD	X	
OBSERVACIONES:		

OBLIGACIÓN No. 8: Brindar apoyo en la proyección y respuesta oportuna de requerimientos, derechos de peticion, peticiones, quejas y demás solicitudes asignadas por parte de la dirección administrativa de IVC.	% CUMPLIMIENTO	23%
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
ENVIE REQUERIMIENTO CLINICA MONTERIA ENVIA REQUERIMIENTO NUEVA EPS	X	
OBSERVACIONES:		

OBLIGACIÓN No. 9: Brindar acompañamiento en el proceso de seguimiento y control realizado por parte de la dirección administrativa de IVC, a cada una de las areas adscritas a la Secretaria de Desarrollo de la Salud en cumplimiento de las funciones establecidas.	% CUMPLIMIENTO	23%
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
PROYECTE REQUERIMIENTO CAJACOPI PROTECTÉ REQUERIMIENTO CLINICA MONTERIA PROYECTÉ REQUERIMIENTO NUEVA EPS	X	
OBSERVACIONES:		

OBLIGACIÓN No. 10: Las demas que sean asignadas por el supervisor del contrato y que tengan relacion con el objeto del contrato.	% CUMPLIMIENTO	23%
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
NO FUERON ASIGNADAS		x
OBSERVACIONES:		

CUMPLIMIENTO DE PARAFISCALES Y/O SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DEL CONTRATISTA Y/O DE SUS TRABAJADORES DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES DEL ORDEN NACIONAL

PAGOS PARAFISCALES			FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD	IBC	$ 1.954.658
	SI	NO		ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE		X	SALUD	SALUD TOTAL	4515645059	
SENA		X	PENSIÓN	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF		X	ARL	NO APLICA	SEPTIEMBRE	04/09/2023

NOTA: Es responsabilidad del supervisor verificar el pago de los parafiscales y seguridad social, de acuerdo a lo establecido por ley. En el caso de requerir

PERSONA JURIDICA REPRESENTANTE LEGAL				
	SI	NO		
APORTE DE CERTIFICADO		X	FECHA	

5. ASPECTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

(CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL Y LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL DESARROLLO DEL MISMO

EL CONTRATISTA CUMPLE CON TODAS LA ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL Y LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL DESARROLLO DEL MISMO.

MODIFICACIONES AL CONTRATO

MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	NÚMERO	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIEMPO DE PRORROGA	VALOR DE LA ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD CONTRACTUAL
-	-	-	-	$ 0,00	-
-	-	-	-	$ 0,00	-
-	-	-	-	$ 0,00	-

NOMBRE DEL CEDENTE	-	IDENTIFICACIÓN	-	VALOR	$ 0,00
NOMBRE DEL CESIONARIO	-	IDENTIFICACIÓN	-		

TERMINACIÓN ANTICIPADA	FECHA DE TERMINACIÓN dd/mm/aa	ACTA DE TERMINACIÓN	SI		FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA
			NO	X	

CONTRATO:	

6. ASPECTO FINANCIERO

FORMA DE PAGO(Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):	El valor del contrato a suscribir se pagara de la siguiente manera: Cuatro (4) mensualidades vencidas, cada una por la suma de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS MCTE ($4.886.645), Y diez(10) días correspondiente a UN MILLON SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y UNO ($1.628.881).para lo cual se requiere la presentación de la cuenta de cobro acompañada del informe de actividades y certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, pago de las cotizaciones al sistema general de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales del mes correspondiente.
VALOR DEL CONTRATO:	$ 21.175.461,00
VALOR PAGADO:	$ 0
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO:CO-P1-F1
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN	FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1

SALDO:	$ 16.288.816			
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS MCTE ($4.886.645)			
NUEVO SALDO:	$ 16.288.816			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL	% AVANCE FISICO	23%	% AVANCE FINANCIERO	0%
OBSERVACIÓN:				

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.°	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado
CUENTA DE COBRO N° 1	18/09/2023	$ 4.886.645				

8. ASPECTOS AMBIENTALES

Cumplimiento de los aspectos ambientales de acuerdo al objeto contractual (SI APLICA)

9. RELACIÓN DE ANEXOS

DESCRIPCIÓN DE LOS ANEXOS	MARQUE CON UNA (X) LA FORMA DE PRESENCACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME				
	INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP II	OTRO, CUAL?
ACTIVIDADES EN UN SOLO PDF				X	
ACTIVIDADES EN PDF INDIVIDUALES CADA UNA CON EL RESPECTIVO NOMBRE QUE IDENTIFICA LA		X			

10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR

ITEM	(Marcar con una x)			
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
CALIDAD DEL PRODUCTO		X		
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO		X		
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD		X		
CALIDAD DEL SERVICIO		X		
OBSERVACIONES:				

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LULIO MANUEL SUAREZ BEDOLLA	
CARGO: DIRECTOR OFICINA DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL	
FIRMA:	
FECHA DE INFORME:	18/09/2023

Powered by CamScanner