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

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | **01** |
| **Contrato No:** | **202300079** |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | **LUISA BELTRAN MENDOZA MERCADO** | | |
| **Identificación:** | **32851767 de Sabanalarga** | | |
| **Tipo de Contrato:** | **PRESTACION DE SERVICIOS** | | |
| **Nombre del Supervisor:** | **HERNANDO VILORIA ELJACH** | | |
| **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 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO. | | |
| **Plazo de Ejecución:** | EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ DE SEIS (6) MESES CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN.<br>SE EXTIENDA EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO POR UN TÉRMINO DE TRES (3) 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.** | **05/01/2023** |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202300353** | **Fecha del R.P.** | **30/01/2023** |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | **202302193** | **Fecha de C.D.P.** | **17/07/2023** |
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** | $23.140.000 | |
| | **Adición 1** | $10.680.000 | |
| | **Adición 2** | $ | |
| | **Adición 3** | $ | |
| | **Total** | $33.820.000 | |

| **Fecha de inicio del contrato** | **Fecha de terminación del contrato** | **Fecha de Suspensión del contrato** | **Fecha de reinicio** |
|---|---|---|---|
| **30/01/2023** | **29/10/2023** | | |

### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

| DOCUMENTO | FECHA SUSCRIPCION AAA/MM/DD | PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días) | ADICIÓN VALOR ($) | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| PRORROGA Y ADICCION | 21/07/2023 | 29/10/2023 | 10.680.000 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 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** | | **$23.140.000** |
| **Adición No. 1** | | **$10.680.000** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$33.820.000** |
| **Porcentaje del Anticipo** | % | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | % | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$22.850.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$10.680.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$3.850.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **01** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 30 Junio de 2023 AL 29 De Julio 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. | Cumplir con los turnos establecidos en el centro regulador de urgencias, emergencias y desastres del Atlántico asignados por el coordinador a cargo. |
| Realizar el diligenciamiento total de las solicitudes de Anexo 2 y 3 acorde a los tiempos exigidos por la Resolución 3047 de 2008 y el Decreto 4747 de 2007. | Realizar autorizaciones y negaciones solicitadas por las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Empresas Social del Estado, para la atención inicial de Urgencias, hospitalarios y ambulatorias con cargo a la Secretaria de Salud Departamental. |
| Verificar los derechos en el SGSSS y definir si se trata de PPNA. | Notificar a afiliación sobre la población no afiliada en los regímenes subsidiados y sisbenización. |
| Verificar el cumplimiento del diligenciamiento total e integral del Anexo 4, ubicando y corroborando la información que se incorpore en el mismo, de manera personal e intransferible. | Se cumple con las actividades que guarden relación con el objeto del contrato. |

| | |
|---|---|
| Registrar en la respuesta de negación las alternativas para que el usuario acceda al servicio de salud solicitado a la PPNA, de manera personal e intransferible. | Se cumple con las actividades que guarden relación con el objeto del contrato. |
| Establecer y registrar en la base de datos, el Informe sobre la entrega de turno de las autorizaciones recibidas durante cada turno a través de la plataforma, de manera personal e intransferible. | Se cumple con las actividades que guarden relación con el objeto del contrato. |
| Después de generar las autorizaciones debe verificar que los servicios autorizados correspondan a las solicitudes generadas por parte del prestador, de manera personal e intransferible. | Se cumple con las actividades que guarden relación con el objeto del contrato. |
| Verificar que la PPNA al requerir remisión a mayor nivel de complejidad la solicitud del prestador de mayor nivel de complejidad solicite el anexo correspondiente (Anexo 3) y de esta forma se genere la respuesta de autorización o negación con el cumplimiento de los requisitos. | Se cumple con las actividades que guarden relación con el objeto del contrato. |
| Verificar que en las solicitudes de Anexo 2 y 3 que correspondan a traumas se descarte la causa del trauma no se trate de un accidente laboral o accidente de tránsito, de manera personal e intransferible. | Se cumple con las actividades que guarden relación con el objeto del contrato. |
| 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. | Apoyar con todas las urgencias vitales que se presente en nuestros hospitales. |

**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.

**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 ydemás normas concordantes).**

**HERNANDO VILORIA ELJACH** 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 |
|---|---|---|---|
| 1 | 9449113382 | 30/03/2023 | $502.200 |
| 2 | 9449277047 | 04/04/2023 | $489.100 |
| 3 | 9449563644 | 05/05/2023 | $486.900 |
| 4 | 9449295416 | 07/06/2023 | $490.000 |
| 5 | 9450647349 | 04/07/2023 | $487.500 |
| 6 | 9452940387 | 27/07/2023 | $482.400 |
| 7 | 9454250740 | 16/08/2023 | $477.400 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | $3.415.500 |

(El sumatorio 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 deSeguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en Barranquilla, al mes 5 de septiembre de **2023**.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**C.C.: 9.175.276 De Soledad**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: 32.851.767 De S/larga**

Johanna Carrillo Padilla
VB. Act. Realizados en Crued

**Johanna Carrillo Padilla**
**Enfermera Auditor CRUED Departamental**
**VB.5/09/2023 HORA 11:46 AM**