

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO				CÓDIGO: 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.	2		PERIODO A EVALUAR		10/07/2023 al 31/08/2023			
CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO			
CONTRATO		SS-303-2023			28 DE JUNIO DEL 2023			
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:	1362	No. RP:	3338			
2. INFORMACION DEL CONTRATO								
NOMBRE CONTRATISTA:		E.S.E CAMU LA APARTADA						
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:		812.002.496-4						
OBJETO DEL CONTRATO:		FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL - SUBSIDIO A LA OFERTA VIGENCIA 2023, SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA Y ESE CAMU LA APARTADA.						
FECHA ACTA DE INICIO:		10/07/2023						
FECHA DE TERMINACION:		30/11/2023						
DURACION:		EL PLAZO DE EJECUCION SERA HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2023						
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)		0						
TIEMPO FINAL DE EJECUCION:		EL PLAZO DE EJECUCION SERA HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2023						
AVANCE EN TIEMPO:		70.00%						
VALOR INICIAL								
VALOR REAJUSTE:		\$ 0.00						
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 494.784.153						
FUENTE DE FINANCIACION:		SPGR		CONVENIOS		RECURSOS PROPIOS		
		OTRO (Especifique)						
OBSERVACIONES: PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 10/07/2023 AL 31/08/2023								
3. ASPECTO LEGAL								
GARANTIAS:								
VALOR ASEGURADO:		\$ 247.392.076,00		VIGENCIA:	28/06/2023 HASTA EL 05/06/2024			
ASEGURADORA:		SEGUROS DEL ESTADO		NUMERO DE POLIZA:	5401599914			
CLASES DE GARANTIAS		%	CUANTIA		DURACION			
					DESDE	HASTA		
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.		10%	\$ 49.478.415,00		28/06/2023	05/06/2024		
MANEJO Y BUENA INVERSION DEL ANTICIPO.		NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL EMPLEADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO.		NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		
PAGO ANTICIPADO		40%	\$ 197.913.661,00		28/06/2023	05/06/2024		
RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)		NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		
CALIDAD DEL SERVICIO.		NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		
CALIDAD DE LOS BIENES.		NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		
CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS.		NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		
PERMISOS, LICENCIAS Y DEMAS REQUERIDOS		NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		
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 INFORMACION "ACUERDO DE PAGO")						
		ACUERDO DE PAGO						
DESCRIPCION 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%							
Estampilla para el bienestar del adulto mayor	3,0%							
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								

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

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: DE CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD					% CUMPLIMIENTO	100%
ACTIVIDADES					MOSTRO EVIDENCIAS	
					SI	NO
INDICADORES		METAS DE CUMPLIMIENTO		EVALUACION		
1) DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD						X
a) Tiempo promedio de espera a la asignación de cita de medicina general: número promedio de días transcurridos entre la fecha de solicitud de la cita y la fecha de asignación		1.5 día		100%		

OBSERVACIONES:							
OBLIGACIÓN No. 2: GESTION DE PRODUCCION					% CUMPLIMIENTO	0%	
ACTIVIDADES					MOSTRO EVIDENCIAS		
					SI	NO	
2) GESTIÓN DE PRODUCCIÓN		PESO:					
a) Funcionamiento de los servicios habilitados en los horarios reportados en el REPS: Mantenimiento de la prestación de servicios de salud habilitados, en las sedes y horarios establecidos							
Departamento	Municipio	Código Sede	Sede	Nombre Sede	Servicio	Distintivo	HORARIO DE ATENCION
Córdoba	LA APARTADA	2335000471	01	E.S.E. C.A.M.U. LA APARTADA	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0178437	LAS 24 HORAS
Córdoba	LA APARTADA	2335000471	01	E.S.E. C.A.M.U. LA APARTADA	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0178438	LAS 24 HORAS
Córdoba	LA APARTADA	2335000471	01	E.S.E. C.A.M.U. LA APARTADA	312 -ENFERMERÍA	DHSS0226033	LAS 24 HORAS
Córdoba	LA APARTADA	2335000471	01	E.S.E. C.A.M.U. LA APARTADA	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0226034	DE 7:00 AM - 5:00 PM DE LUNES A VIERNES
Córdoba	LA APARTADA	2335000471	01	E.S.E. C.A.M.U. LA APARTADA	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0226035	DE 7:00 AM - 12:00 M CADA 15 DIAS
Córdoba	LA APARTADA	2335000471	01	E.S.E. C.A.M.U. LA APARTADA	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0226036	DE 7:00 AM - 5:00 PM DE LUNES A VIERNES
Córdoba	LA APARTADA	2335000471	01	E.S.E. C.A.M.U. LA APARTADA	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0226037	DE 7:00 AM - 5:00 PM DE LUNES A VIERNES
Córdoba	LA APARTADA	2335000471	01	E.S.E. C.A.M.U. LA APARTADA	420 -VACUNACIÓN	DHSS0226038	DE 7:00 AM - 5:00 PM DE LUNES A VIERNES
Córdoba	LA APARTADA	2335000471	01	E.S.E. C.A.M.U. LA APARTADA	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0226039	LAS 24 HORAS
Córdoba	LA APARTADA	2335000471	01	E.S.E. C.A.M.U. LA APARTADA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0226040	DE 7:00 AM - 5:00 PM DE LUNES A VIERNES

OBSERVACIONES:							
OBLIGACIÓN No. 3: GESTION FINANCIERA					% CUMPLIMIENTO	0%	
ACTIVIDADES					MOSTRO EVIDENCIAS		
					SI	NO	
GESTION FINANCIERA							
a) Promedio del monto de los ingresos corrientes recaudados por concepto de venta de servicios de salud en las 3 últimas vigencias							
CONCEPTO	2020	2021	2022	PROMEDIO			
RECAUDO POR VENTA DE SERVICIOS	1.961.532	2.106.355	2.786.840	2.284.747			
Fuente: SIHO (valores en miles de pesos 2021)							
b) Promedio del monto de recuperación de cartera por concepto de venta de servicios de salud en las 3 últimas vigencias							
CONCEPTO	2020	2021	2022	PROMEDIO			
Recaudo de cartera vigencias anteriores	120.263	150.000	68.000	112.754			
Fuente: SIHO (valores en miles de pesos 2020)							

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 SOCIAL	IBC			
CAJA DE COMPENSACION	SI	NO	30/09/2023	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA		
SENA	X		SALUD	SALUD TOTAL, NUEVA EPS	66583182		
ICBF			PENSIÓN	PORVENIR, PROTECCION	PERIODO	FECHA PAGO	
			ARL	POSITIVA	SEPTIEMBRE	30/10/2023	

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 contractualmente un equipo de

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

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)

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

CONTRATO:

6. ASPECTO FINANCIERO

FORMA DE PAGO (Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):

El Departamento realizará el giro de los recursos a la E. S. E de la siguiente manera: Un primer pago (ANTICIPADO) correspondiente al 40% del valor de los recursos asignados a la firma y legalización del convenio, un 30% se girarán en el segundo mes de ejecución del convenio, y un 30% restantes con la finalización de la ejecución del convenio, previa presentación de informe del cumplimiento de las metas fijadas para los indicadores asociados a la ejecución del convenio, para lo cual, se requiere de la presentación de la Certificación de Paz y Salvo en el aporte al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales, certificación a satisfacción del Supervisor a cargo, quien deberá verificar previamente el cumplimiento efectivo de las actividades, metas e indicadores, y la calidad de los resultados.

VALOR DEL CONTRATO:	\$ 494.784.153
VALOR PAGADO:	\$ 197.913.661
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	\$ 0
SALDO:	\$ 296.870.492
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	CIENTO CUARENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$148.435.246).
NUEVO SALDO:	\$ 148.435.246
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	EGRESO-12568

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	70%	% AVANCE FINANCIERO	40,00%
--------------------------------------	-----------------	-----	---------------------	--------

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)	Valor Pagado
1	11/09/2023	\$ 197.913.661			\$ 197.913.661
2	10/11/2023	\$ 148.435.246			\$ -

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 PRESENCIA DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME				
	INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP II	OTRO, CUAL?
DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	X			X	
GESTIÓN DE PRODUCCIÓN	X			X	
GESTIÓN FINANCIERA	X			X	

10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR

ÍTEM	(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:	DILSON BOLA DÍAZ		
CARGO:	JEFE OFICINA ÁREA FINANCIERA		
FIRMA:			
FECHA DE INFORME:	10/11/2023		