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.	FINAL	PERIODO A EVALUAR	1/09/2023 al 30/11/2023

CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO
CONTRATO	X	SS-303-2023			28 DE JUNIO DEL 2023
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:	1362	No. RP:	3338

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE CONTRATISTA:	E.S.E CAMU LA APARATADA					
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 TERMINACIÓN:	30/11/2023					
DURACIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERA HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2023					
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	0					
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERÁ HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2023					
AVANCE EN TIEMPO:	100,00%					
VALOR INICIAL						
VALOR REAJUSTE:	$ 0,00					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 494.784.153					
FUENTE DE FINANCIACIÓN:	SPGR		CONVENIOS		RECURSOS PROPIOS	
	OTRO (Especifique)					
OBSERVACIONES: PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1/09/2023 AL 30/11/2023						

3. ASPECTO LEGAL

GARANTÍAS:					
VALOR ASEGURADO:	$ 247.392.076,00	VIGENCIA:	28/06/2023 HASTA EL 05/06/2024		
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO	NUMERO DE PÓLIZA:	5401599914		

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA		DURACIÓN	
				DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	10%	$ 49.478.415,00		28/06/2023	05/06/2024
MANEJO Y BUENA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL EMPLEADO PARA LA EJECUCIÓN 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 EXTRACONTRACTUAL (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 DEMÁS 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 INFORMACIÓN "ACUERDO DE PAGO")

DESCRIPCIÓN DEL TRIBUTO	%	CUANTIA	PAGO TOTAL	PAGO PARCIAL	ACUERDO DE PAGO			
					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 CÓRDOBA	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 — MOSTRÓ EVIDENCIAS: SI / NO

INDICADORES	METAS DE CUMPLIMIENTO	EVALUACION
1)DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		
a) Tiempo promedia 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. día	100%

SI: X

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 2: GESTION DE PRODUCCION — % CUMPLIMIENTO: 0%

ACTIVIDADES — MOSTRÓ 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 Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	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
Córdoba	LA APARTADA	2335000471	01	E.S.E. C.A.M.U. LA APARTADA	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0226041	LAS 24 HORAS

SI: X

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 3: GESTION FINANCIERA — % CUMPLIMIENTO: 0%

ACTIVIDADES — MOSTRÓ EVIDENCIAS: SI / NO

GESTION FINACIERA

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)

SI: 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	SI	NO	FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	
			31/10/2023	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN	X		SALUD	SALUD TOTAL, NUEVA EPS	67154818	
SENA	X		PENSIÓN	PORVENIR, PROTECCION	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF	X		ARL	POSITIVA	OCTUBRE	22/11/2023

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 trabajo, se debe aportar el listado del personal contratado.

PERSONA JURIDICA REPRESENTANTE LEGAL

	SI	NO	
APORTE DE CERTIFICADO			FECHA

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

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			
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 giraran 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:	$ 346.348.907			
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0			
SALDO:	$ 148.435.246			
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:	$ 0			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	EGRESO-12568, EN TRAMITE			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	100%	% AVANCE FINANCIERO	70%

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				$ 148.435.246
3	6/12/2023	$ 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 PRESENCACIÓN 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	
GESTION FINACIERA	X			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:	DILSON GULA DIAZ
CARGO:	JEFE OFICINA AREA FINANCIERA
FIRMA:	
FECHA DE INFORME:	6/12/2023