Villavicencio, 12, diciembre, 2023

Doctor(a):
MARILEXANDRA AMAYA MARTÍNEZ
Jefe Oficina de Contratación
Alcaldía Municipal de Villavicencio
Ciudad.

Ref.: CONTRATO N°. 2871 DE 2023, N°. DEL PROCESO EN SECOP SMC-132-2023
PERIODO No. 3 del 11 de NOVIEMBRE de 2023 al 10 de DICIEMBRE de 2023.

OBJETIVO DEL INFORME: Llevar a cabo las tareas de vigilancia de la ejecución contractual e informar al municipio de Villavicencio acerca del desarrollo del mismo verificando el cumplimiento de las obligaciones contractuales a lo largo de su ejecución en desarrollo de las obligaciones legales contenidas en los artículos 83, 84 y siguientes de la Ley 1474 de 2011 y demás normativa aplicable.

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No. Y FECHA DEL CONTRATO (incluir el número del proceso en Secop)	2871 DE 04/09/2023, PROCESO SECOP SMC-132-2023
PUBLICADO EN (Marque con X)	SECOP I _____ Ó SECOP II ___X___
CLASE DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MEDICOOP IPS LTDA
No. DE IDENTIFICACIÓN	900108793-2
OBJETO:	"CONTRATAR CON LAS IPS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE VALORACION POR EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD DE CONFORMIDAD CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS POR ESTE MINISTERIO EN LA RESOLUCION 1239 DEL 2022 EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META".
NOMBRE DEL SUPERVISOR CON NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: (De todos los que haya tenido, empezando por el vigente)	LIBIA PATRICIA SÁNCHEZ CASTRO CC 52331143
FECHA DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN: (De todos los que haya tenido, en orden empezando por el vigente)	04/09/2023
CONDICIONES INICIALES	
VALOR DEL CONTRATO (letras y número):	CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS $ 48.000.000
PLAZO DE EJECUCIÓN:	Hasta el 15/12/2023 o hasta agotar recursos
FECHA DE INICIO:	11/09/2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	15/12/2023 O HASTA AGOTAR EL RECURSO

MODIFICACIONES:			
CESIÓN:	N.A. Ó NOMBRE DEL NUEVO CONTRATISTA	FECHA:	DIA/MES/AÑO
VALOR DE ADICIÓN:	$_____ Ó N. A.	FECHA:	DIA/MES/AÑO
NUEVO VALOR DEL CONTRATO: (INICIAL + ADICIÓN)	$		
PRORROGAS	____ MESES Ó DÍAS	FECHA:	DIA/MES/AÑO
TOTAL PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIAL + PRÓRROGAS)			
SUSPENSIONES	FECHA:		
REINICIOS:	____MESES Ó N. A.	FECHA:	DIA/MES/AÑO
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	DD/MM/AAAA		

2. **DESARROLLO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Teniendo en cuenta que mediante acto administrativo del 11/09/2023, se me designó como SUPERVISOR del contrato de la referencia, me permito presentar el informe del desarrollo del objeto contractual correspondiente al PERIODO 03 **del 11/11/2023 al 10/12/2023** de conformidad con lo dispuesto en el Manual de Interventoría y Supervisión adoptado mediante Decreto No. 1000-21/293, vigente desde el 19 de julio de 2016.

   Las siguientes son las obligaciones ejecutadas por el contratista en el presente periodo, que corresponden a un porcentaje de avance ejecutado total del 99.77%.

   El saldo pendiente de ejecutar no equivale a por lo menos un certificado de discapacidad.

   ACTIVIDAD No. 01
   Realizar mínimo 10 valoraciones para certificación de discapacidad a la semana, durante la vigencia del contrato teniendo en cuenta que el promedio de tiempo para cada una es de 40 minutos.
   Descripción del avance: El contratista diligenció matriz en Excel con la información solicitada por la Secretaría de Salud sobre cada persona que se valoró para la certificación de discapacidad, demostrando que se realizaron más de 10 valoraciones en la semana.
   Anexos y Evidencias: Matriz impresa y digital.

   ACTIVIDAD No. 02
   Registrar en la plataforma de registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad (RLCPD) las valoraciones realizadas
   Descripción del avance: Para el periodo de este informe el contratista realizó 101 certificaciones de discapacidad de los cuales 101 se encuentran registrados en la plataforma de PISIS-SISPRO plataforma diseñada por el ministerio de salud.
   Anexos y Evidencias: fotografías de la realizacion de las valoraciones de certificados de discapacidad en instalaciones de MEDICOOP IPS.

   ACTIVIDAD No. 03
   Entregar a la persona con discapacidad solicitante o su representante el certificado de discapacidad impreso, con copia del mismo a esta secretaria.
   Descripción del avance: Al finalizar la valoración con el paciente la IPS Medicoop entregó el respectivo certificado de discapacidad.
   Anexos y Evidencias: 101 certificados expedidos por el equipo multidisciplinario con las autorizaciones expedidas por el municipio de Villavicencio.

ACTIVIDAD No. 04
Entregar informe mensual de las valoraciones realizadas para la certificación de discapacidad.
Descripción del avance: El contratista anexa tercer informe que realiza de acuerdo a las valoraciones llevadas a cabo cumpliendo así con lo estipulado en el contrato.
Anexos y Evidencias: Informe del contratista.

ACTIVIDAD No. 05
Realizar el número de valoraciones pertinentes para certificación de discapacidad de acuerdo al recurso disponible establecido en el contrato.
Descripción del avance: El presente contrato es por valor de $48.000.000 y se tiene proyectado la realización de 326 certificados de discapacidad durante la vigencia del contrato.
Anexos y Evidencias: Actividad quedó soportada en el ítem 3.

3. EVALUACION Y REEVALAUACIÓN DEL CONTRATISTA

RANGO DE CALIFICACIÓN	
EXCELENTE	El contratista superó las especificaciones técnicas establecidas de los productos o servicios.
BUENA	El contratista cumplió las especificaciones técnicas establecidas de los productos o servicios.
REGULAR	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades que no son graves, ni se considera que incumplió el mismo.
NO CUMPLE	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades graves y se considera que incumplió el mismo.

EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DEL CONTRATISTA	CALIFICACIÓN
CUMPLIMIENTO (Oportunidad en la entrega de los productos o servicios; Atención a compromisos adquiridos)	**BUENA**
CALIDAD (Grado en el que el producto o servicio cumple las necesidades y expectativas contractuales)	**EXCELENTE**
COMUNICACIÓN (Comunicación asertiva durante la ejecución del contrato)	**EXCELENTE**
EVALUACIÓN GENERAL (Percepción general sobre el producto y/o servicio suministrado)	**BUENA**

4. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL: Certifico que teniendo en cuenta la normatividad vigente sobre dicho aspecto, verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y ARL) correspondiente al respectivo periodo así:

Mes de Cotizado	NOVIEMBRE
Fecha de Pago	07/12/2023
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 4,549,300
Número de Planilla	72944912
Valor pagado en SALUD	$ 977.400
Valor pagado en PENSIÓN	$ 2.444.000

Valor pagado en ARL	$ 150.500
Valor pagado en CCF	$ 977.400

Mes de Cotizado	DICIEMBRE
Fecha de Pago	12/12/2023
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 4.795.700
Número de Planilla	73178986
Valor pagado en SALUD	$ 1.017.600
Valor pagado en PENSIÓN	$ 2.604.800
Valor pagado en ARL	$ 155.700
Valor pagado en CCF	$ 1.017.600

5. **CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR EL CONTRATISTA**: Certifico que el contratista hizo entrega en medio magnético y físico de los archivos y documentos y demás información manejada resultante durante el presente periodo de ejecución (la información completa de la ejecución debe reposar en el expediente contractual, si aplica, anexar CD con la información).

6. **CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN:**

Certifico que el contratista dio cumplimiento a los requisitos y lineamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión de la siguiente manera:

Sistema de Gestión aplicable	Requisito	Cumplió / No Cumplió
Calidad	Usó la documentación vigente establecida aplicable el desarrollo de las obligaciones contractuales.	Cumplió
Seguridad y Salud en el Trabajo	Participó de las actividades programadas en SST.	Cumplió
	Realizó las obligaciones contractuales utilizando los elementos de protección personal o protocolos de bioseguridad.	Cumplió
	En el desarrollo de sus actividades no incurrió en actividades de riesgo sin el cumplimiento de las medidas y protocolos necesarios.	Cumplió
Documental	La documentación que generó el contratista está acorde a los lineamientos normativos en materia archivística y política de gestión documental de la entidad.	Cumplió
Seguridad y Privacidad de la Información	Se manejó reserva de la información utilizada para el desarrollo de sus obligaciones.	Cumplió
	Se garantizó la integridad y disponibilidad de la información generada de la gestión contractual.	Cumplió
Medio Ambiente	El desarrollo de las obligaciones contractuales está acorde a los lineamientos normativos vigentes.	Cumplió

NOTA: Se puede modificar esta información acorde a los requerimientos de cada contrato sin necesidad de actualización del formato, también puede ampliar el detalle de la evaluación.

7. **BALANCE FINANCIERO DE EJECUCION DEL CONTRATO A LA FECHA.** El siguiente es el balance financiero de ejecución del contrato:

CONCEPTO	VALOR	AMORTIZACIÓN	FECHA	%
ANTICIPO	0			
PAGO PRIMER INFORME	$ 6.463.396,28 COP		11/09/2023 al 10/10/2023	13,47%
PAGO SEGUNDO INFORME	$ 26.588.061,97 COP		11/10/2023 al 10/11/2023	55,39%
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 14.836.432,37		11/11/2023 al 10/12/2023	30.91%
SALDO DEL CONTRATO PENDIENTE POR EJECUTAR	$112.109,38 COP		11/12/2023 al 15/12/2023	0,23%
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 48.000.000 COP		11/09/2023 al 15/12/2023	100%

8. **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO:**

Con base en todo lo expuesto, el suscrito SUPERVISOR certifica que durante el **PERIODO N° 03** comprendido entre el **11 de noviembre de 2023 al 10 de diciembre de 2023,** el contratista cumplió a satisfacción las actividades objeto del contrato y todas las demás obligaciones pactadas, entre ellas las relativas al pago del sistema de seguridad social integral, y en consecuencia, autoriza el pago correspondiente al periodo relacionado por valor de CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON TREINTA Y SIETE CENTAVOS ($ 14.836.432,37 COP).

ANEXOS:
Soportes de pago de la planilla seguridad social
CD.
Informe contratista.

Libia Sanchez.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LIBIA PATRICIA SÁNCHEZ CASTRO
CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO
SECRETARÍA U OFICINA SECRETARÍA DE SALUD
TELÉFONO DEL SUPERVISOR: 3135509390

Nota: Los datos completos del supervisor son obligatorios, ya que será la persona contacto en caso de alguna modificación al informe.