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-304-2023			19 DE OCTUBRE DEL 2022
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:	2036	No. RP:	6060

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE CONTRATISTA:	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LIBERTADOR DIVINO NIÑO
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	812.003.382-8
OBJETO DEL CONTRATO:	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL - SUBSIDIO A LA OFERTA, ENTRE LA SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD Y LA ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LIBERTADOR "DIVINO NIÑO"
FECHA ACTA DE INICIO:	13/07/2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	30/11/2023
DURACIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERÁ 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%
VALOR INICIAL	$ 502.152.862,00
VALOR REAJUSTE:	$ 0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 502.152.862,00

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:	$ 251.076.431,00	VIGENCIA:	28/06/2023 HASTA EL 07/06/2024
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO	NÚMERO DE PÓLIZA:	53-44-101027180

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA		DURACIÓN	
				DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	10%	$ 50.215.286,20		28/06/2023	07/06/2024
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%	$ 200.861.144,80		28/06/2023	07/06/2024
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 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

(Aqui 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		
1) DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PESO: 33%		
a) Tiempo promedio de espera para la asignacion de cita de medicina general. Número promedio de dias transcurridos entre la fecha solicitud de cita y la fecha de asignación	[illegible]	Mensual	X
b) Atencion ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio. Cumplimiento de atencion domiciliaria y por tele salud a persona inelnidas en los 3 grupos de riesgo establecidos en la resolucion 521 de 2020	98%	Mensual	
c) Adherencia a los protocolos de atencion y bioseguridad sanitaria. Cumplimiento de los protocolos para la prestación de los servicios de salud	98%	Mensual	
d) Adherencia a los protocolos para protección del talento humano de la ESE	98%	Mensual	
2) GESTIÓN DE PRODUCCIÓN	PESO: 34%		
a) Funcionamiento de los servicios habilitados en los horarios reportados en el RLPS. Mantenimiento de la prestación de servicios de salud habilitados en las sedes y horarios establecidos	100%	Mensual	

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 2: GESTION DE PRODUCCION	% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO

2) GESTIÓN DE PRODUCCIÓN — PESO: 34%

a) Funcionamiento de los servicios habilitados en los horarios reportados en el RLPS. Mantenimiento de la prestación de servicios de salud habilitados en las sedes y horarios establecidos — 100% — Mensual

Sede Relacione a partir de REPS	Servicio Relacione a partir de REPS	Horario		Observación
2358000773O1	General Adulto	7 a 12	2 A 5	
	Enfermeria	7 a 12	2 A 5	
	General Pediatrica	7 a 12	2 A 5	
	Obstetricia	7 A 12	2 A 5	
	Medicina General	7 A 12	2 A 5	
	Odontologia General	7 A 12	2 A 5	
	Servicio De Urgencia	24 horas		
	Transporte asistencial básico	24 horas		
	Laboratorio Clinico	24 horas		
	Servicio Farmacéutico	24 horas		
	Citologias Servicio del Cuerno	24 horas		
	Tamizaje De Cancer De Cuello Uterino	7 A 12	2 A 5	
	Proteccion Especifica- Atencion del Parto	7 A 12	2 A 5	
	Proteccion Especifica - Atencion al Recién Nacido	7 A 12	2 A 5	

X

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 3: GESTION FINANCIERA	% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO

3) GESTIÓN FINANCIERA — PESO: 33%

a) Promedio del monto de los ingresos corrientes recaudados por concepto de venta de servicios de salud en las 3 últimas vigencias — 90 — Anual

Concepto	2020	2021	2022	Promedio
Recaudo por venta de servicios	6.793.363	8.302.413	9.598.177	8.164.331

Fuente: SIHO [illegible]

b) Promedio del monto de recuperacion de cartera por concepto de venta de servicios de salud en las 3 ultimas vigencias — 80 — Anual

Concepto	2020	2021	2022	Promedio
Recaudo de cartera vigencias anteriores	542.378	417.899	570.594	513.280

Fuente: SIHO [illegible]

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 SOCIAL	IBC	
	SI	NO	NOVIEMBRE-2023	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN	X		SALUD	SALUD TOTAL, NUEVA EPS	9458856901	
SENA			PENSIÓN	PORVENIR, PROTECCION	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			ARL	POSITIVA	NOVIEMBRE	10/11/2023

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	ACTA DE TERMINACIÓN	SI		FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	
	[illegible]		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:	$ 502.152.862,00				
VALOR PAGADO:	$ 351.507.003,40				
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0				
SALDO:	$ 150.645.858,60				
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	CIENTO SESENTA Y CINCO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO CON SESENTA CENTAVOS M/CTE ($165.665.548,60).				
NUEVO SALDO:	$ 0,00				
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	12466, 15511, EN TRAMITE				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	100%	% AVANCE FINANCIERO	70,00%	

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado
1	24/08/2023	$ 351.507.003,40				$ 351.507.003,40
2	5/10/2023	$ 150.645.858,60				$ 150.645.858,60
3	26/12/2023	$ 150.645.858,60				$ -

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 BULA DIAZ				
CARGO: JEFE OFICINA AREA FINANCIERA				
FIRMA:				
FECHA DE INFORME: 26/12/2023				