ALCALDÍA MUNICIPAL DE FONSECA LA GUAJIRA			
NIT: 892.170.008-3			
FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN			
DESDE 06/10/2024 – HASTA 05/11/2024			
CONTRATO	***CPS 125***	***CONVENIO***	
INFORME PARCIAL	***2***	***INFORME FINAL***	

1. OBJETIVO	
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ASESORAR Y BRINDAR APOYO PROFESIONAL A LA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL EN TEMAS RELACIONADOS CON EL SECTOR SALUD Y SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN TERRITORIAL EN SALUD (PTS), EN EL MUNICIPIO DE FONSECA, LA GUAJIRA.	
2. DATOS GENERALES	
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	ASIGNACIÓN DIRECTA
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SECRETARÍA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO)	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
NÚMERO DEL CONTRATO/CONVENIO	125– 2024
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO	27-08-2024
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ASESORAR Y BRINDAR APOYO PROFESIONAL A LA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL EN TEMAS RELACIONADOS CON EL SECTOR SALUD Y SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN TERRITORIAL EN SALUD (PTS), EN EL MUNICIPIO DE FONSECA, LA GUAJIRA.
CONTRATISTA	FUNDACION STEFF SALUD
NIT/CC	901.469.890-0
VALOR DEL CONTRATO/CONVENIO	$ 12.000.000 M/CTE.
FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS	Cuatro (04) pagos iguales mes vencido por valor de **TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS** **($ 3.000.000) M/CTE;** para ello se requiere que el supervisor y/o el interventor externo (para el caso que aplique presente a la secretaria de hacienda para efecto del pago al contratista los siguientes documentos: -Informe de supervisión de actividades debidamente firmado por el supervisor del contrato, en el cual demuestre el porcentaje de avance de las

			actividades contratadas y la evidencia de la supervisión técnica, administrativa, financiera y jurídica, dentro del cual se certifique la satisfacción del cumplimiento de las cláusulas contractuales de acuerdo al alcance del proyecto y propuesta presentada, se autorice la realización del pago, su valor , la realización de la amortización del anticipo (si aplica) y quede la constancia del cumplimiento y verificación del pago de la seguridad social integral . - Factura y/o cuenta de cobro del contratista aprobado por el supervisor de acuerdo a las obligaciones tributarias del contratista y a la naturaleza del objeto del contrato. **Parágrafo:** Para efectos del primer pago, el supervisor deberá anexar dentro los documentos presentados a la secretaria de hacienda la cuenta bancaria del contratista.		
PLAZO DEL CONTRATO /CONVENIO			CUATRO (04) MESES.		
FECHA DE INICIO			SEIS (6) DE SEPTIEMBRE DE 2024		
FECHA FINAL			TREINTA Y UNO DE DICIEMBRE DE 2024		
SUPERVISIÓN	**NOMBRE**		ANGELICA SOLANO FERNANDEZ		
	FECHA DE DESIGNACIÓN DE LA SUPERVISIÓN		6 de septiembre de 2024		

3. DATOS FINANCIEROS

CERTIFICADO(S) DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL – CDP					
N° P00125		**VALOR**	$336.000.000	**FECHA**	27/03/2024
REGISTRO PRESUPUESTAL – RP					
N° 00690		**VALOR**	$ 12.000.000	**FECHA**	08/09/2024

4. RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS DE APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

TIPO DE APORTE	**PLANILLA N°**	**MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE**
EMPRESA	4568656672-4566551881	OCTUBRE-NOVIEMBRE

5. DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN ACTIVIDADES A CARGO DEL CONTRATISTA

Al contratista se le realizó el respectivo control y seguimiento de las obligaciones y cumplió satisfactoriamente con estas y el objeto contractual. Las actividades que se ejecutaron fueron las siguientes:

5.1. Actividades Desarrolladas

Con ocasión de la contratación, las actividades que deben ser ejecutadas y que determinan el alcance del contrato a suscribirse son las siguientes:

1. Brindar apoyo en el cargue, ajuste y monitoreo del plan de acción en salud en el aplicativo SISPRO.
2. Brindar apoyo en la armonización del plan de intervenciones colectivas PIC.
3. Brindar apoyo en la realización de jornadas de desarrollo de capacidades a los referentes del plan de acción en salud.

4. Brindar asesoría y acompañamiento en la ejecución de las acciones contempladas en el Plan de Acción en Salud. 5. Brindar apoyo en las acciones de desarrollo de capacidades en marco de la RPMS y RMP con los actores del SGSSS del municipio. 6. Brindar apoyo en el seguimiento al fondo local de salud. 7. Apoyar la elaboración y cargues de todos los informes y requerimientos de la secretaría de desarrollo social asignadas por el supervisor. Acreditación de encontrarse al día en el pago de los aportes relativos al Sistema de Seguridad Integral (salud y pensión).
1. **OBSERVACIONES FINALES**
RECOMENDACIONES: N/A
EJECUCIÓN FINANCIERA: • **VALOR DEL CONTRATO: $12.000.000 M/CTE.** • **VALOR PARCIAL No. 01 PAGADO: $3.000.000 M/CTE.** • **VALOR PARCIAL No. 02 A PAGAR: $3.000.000 M/CTE.** • **VALOR PARCIAL No. 03 A PAGAR:** • **VALOR PARCIAL No. 04 A PAGAR:** • **PORCENTAJE PARCIAL No. 02: 25%** • **VALOR EJECUTADO: $6.000.000** • **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: 50%** • **SALDO: $ 6.000.000 M/CTE.**
2. **INFORME FOTOGRAFICO:** **APLICA**

3. **Ciudad y Fecha de Emisión:**	Fonseca – La Guajira, 6 de noviembre de 2024.
4. **Firma del Interventor y/o Supervisor**	