ALCALDÍA DE MELGAR	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	A-GC-FT-060
	SUBPROCESO	POSTCONTRACTUAL O SEGUIMIENTO	VERSIÓN	05
	FORMATO	INFORME DE SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL Y CERTIFICACION DE PAGO	PÁGINA	1 DE 3
			VIGENTE DESDE	02/01/2023

FECHA DEL INFORME: 09/10/2024	**CONTRATO No. 800-2024**	**FECHA DE SUSCRIPCION: 14/08/2024**
CONTRATISTA: CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR E.S.E		**CC o NIT 890.702.369-4**
Correo electrónico: gerencia@hospitalmelgar.gov.co	**Numero de Contacto:** 31252 32876	
FECHA DE INICIO	**FECHA INICIAL DE TERMINACIÓN**: 31/12/2024	
14/08/2024	**FECHA FINAL DE TERMINACION**(N/A):	
NUMERO DE PAGO:02	**PERIODO DE PAGO:MES DE SEPTIEMBRE**	

OBJETO: CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA MORGUE MUNICIPAL GARANTIZANDO LA CONSERVACION Y CUSTODIA DE CADAVERES PARA EL MUNICIPIO DE MELGAR EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE LA VIGENCIA 2024.

[ ] **OBRA** [ ] **SUMINISTRO** [x] **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** [ ] **COMPRAVENTA**

[ ] **CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS** [ ] **OTROS**_____

1. Seguimiento a las Obligaciones Contractuales

a) Dar cumplimiento al objeto del Contrato con la mejor calidad posible y responder por el mismo.
b) Disponer de los recursos técnicos, logísticos y humanos para el desarrollo de las actividades para la óptima prestación del servicio de morgue en el municipio de melgar.
c) Mantener al día los pagos de los contratos de servicios personales que suscriba la E.S.E. con terceros, para la ejecución de las actividades objeto de este contrato.
d) Atender oportunamente los requerimientos realizados por quien ejerza la función de supervisión y/o auditoria para las ejecuciones de las acciones derivadas del contrato.
e) Responder por las irregularidades y reclamaciones que se presenten en el desarrollo de las acciones que se obliga a prestar a cargo del Municipio y aplicar las medidas correctivas pertinentes.
f) Preparar por sus propios medios los informes y las operaciones que deba realizar para el logro de los objetivos contenidos en este Contrato
g) Velar por la seguridad, custodia, el cuidado, la conservación de las personas fallecidas, desde proceso médico legal hasta entrega del mismo.
h) Presentar informes escritos mensuales a la Secretaría de Salud que den cuenta de su gestión. Además, presentar los informes que eventualmente se requieran.
i) Acreditar el pago de las obligaciones al Sistema General de Seguridad Social y demás obligaciones en materia tributaria.
j) Las demás obligaciones que le asigne el supervisor del presente contrato, que tengan relación con el objeto contractual.

2. Verificación de evidencias de cumplimiento (mencionar)

A. Se aporta informe de las acciones contratadas, con registro fotográfico, copia libro necropsias:
B. Se contó con el buen desarrollo del contrato como son: Recursos técnicos, recursos logisticos. Recurso humano
C. Se informa que se suscribió contrato No. 800 de 06 de agosto de 2024 para ejecución de actividades propias de los procesos de la morgue y se encuentra debidamente publicado en SECOP II.
D. Nos encontramos a paz y salvo con el contrato de servicios personales que suscriba la E.S.E con terceros, para la ejecución de las actividades objeto de este contrato.
E. Se entrega informe según lo requerido en el contrato interadministrativo No. 800. Cumpliendo con todos los parámetros establecidos y requeridos.
F. No se han presentado reclamos ni irregularidades que tengan trascendencia que interrumpa el buen funcionamiento y desarrollo del objeto de este presente contrato interadministrativo.
G. En el mes de agosto de 2024 hubo cuatro (4) decesos por muerte natural
H. De acuerdo a las personas fallecidas relacionadas en el ítem anterior se vela por: la seguridad, custodia, el cuidado, la conservación de las personas fallecidas, desde proceso médico legal hasta entrega del mismo, como consta en el libro de entrega del cual se anexa copia.
I. De conformidad a la actividad se presenta informe escrito de actividades del mes de agosto de 2024, anexando evidencia fotográfica

ALCALDÍA MUNICIPAL
MELGAR
15 OCT 2024
SECRETARÍA DE HACIENDA

J. Se presentó la certificación de aportes al SSGG
K. Se ejecutaron todas las actividades en relación al objeto contractado.

3. solicitudes, peticiones y reclamaciones presentados por el contratista en relación con la ejecución del contrato (mencionar y adjuntar si aplica)

N/A

4. Solicitudes, peticiones y reclamaciones presentados por el supervisor en relación con la ejecución del contrato (mencionar y adjuntar si aplica)

N/A

5. Balance Financiero del Contrato

CONCEPTO	VALORES ESPECIFICOS
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$20.000.000
VALOR ADICIONADO: -(cuando aplique)-	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$20.000.000
PAGO PARCIAL No.1	$ 4.000.000
PAGO PARCIAL No.2	$ 4.000.000
PAGO PARCIAL No.3	0
PAGO PARCIAL No.4	0
PAGO PARCIAL No.5	0
VALOR EJECUTADO A LA FECHA	$ 8.000.000
VALOR POR EJECUTAR	$12.000.000

6. Verificación de Soportes de pago al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales

Salud	Pensión	ARL	
X	X	X	CERTIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD FECHA DE CERTIFICACION: 13/09/2024

7. Verificación Vigencia Pólizas

Compañía: _____			
Garantías: Cumplimiento	No.	Fecha	N/A
Garantías: Responsabilidad Civil Extracontractual	No.	Fecha	N/A

NOTA: Las garantias, que debian actualizarse por modificación en el plazo del contrato y/o valor del mismo, fueron actualizadas y aprobadas de manera previa a la presente acta.

8. Datos para el pago: 02

Factura y/o cuenta de cobro No. FEV - 141664	
Valor sin IVA: $ 4.000.000	**Valor IVA: SN/A**
Amortización Anticipo: SN/A	**Valor total Pago: $ 4.000.000**
Disponibilidad Presupuestal: 2024000589	**Registro Presupuestal:2024001770**
Rubro Presupuestal: 2.1.2.02.02.008.001-91199 004101	**Valor: $ 4.000.000**
Nombre titular de la cuenta: CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR E.S.E	**No. Identificación titular de la cuenta:** NIT 890.702.369-4

Entidad Financiera: BANCO DE BOGOTA	**No. Cuenta:** 348208273 **Ahorros** [x]	**Corriente** [ ]
Certificación Inscripción de cuenta:	**Si** X	**NO**

Certificó que el contratista en mención cumplió a cabalidad con las obligaciones establecidas en el contrato suscrito con la Alcaldía de Melgar Tolima. En consecuencia, se puede tramitar el pago correspondiente al periodo indicado.

9. Datos del Supervisor

Nombre: Maria Paola Castro Quiroga **Cargo: Secretaria de salud** **Firma:**

Proyecto: PAOLA VELANDIA GARCIA.
Profesional Universitario G-01