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.	2	PERIODO A EVALUAR	24/10/2024 al 24/11/2024

CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO
CONTRATO	X	SS-045-2024			22 DE OCTUBRE DEL 2024
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:	403	No. RP:	5455

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE CONTRATISTA:	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	800.201.197-7
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LOS GASTOS OPERACIONALES CON LOS RECURSOS DEL SUBCOMPONENTE DEL SUBSIDIO A LA OFERTA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD ASIGNADO A LA E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCI DE CIENAGA DE ORO PARA LA VIGENCIA.
FECHA ACTA DE INICIO:	24/11/2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	23/12/2024
DURACIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERÁ DE DOS (02) MESES, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, EJECUCIÓN Y SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO.
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	0
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERÁ DE DOS (02) MESES, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, EJECUCIÓN Y SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO.
AVANCE EN TIEMPO:	80%
VALOR INICIAL	$ 702.663.856,93
VALOR REAJUSTE:	$ 0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 702.663.856,93

FUENTE DE FINANCIACIÓN:	SPGR		CONVENIOS		RECURSOS PROPIOS	
	OTRO (Especifique)					

OBSERVACIONES: PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 24/10/2024 AL 24/11/2024

3. ASPECTO LEGAL

GARANTÍAS:			
VALOR ASEGURADO:	$ 140.532.772,00	VIGENCIA:	23/10/2024 HASTA EL 01/07/2025
ASEGURADORA:	PREVISORA SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA:	3020033

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA		DURACIÓN	
				DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	10%	$ 70.266.386,00		23/10/2024	01/07/2025
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	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
CALIDAD DEL SERVICIO.	10%	$ 70.266.386,00		23/10/2024	01/07/2025
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
1. INDICADORES DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ➢ EL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE MEDICINA GENERAL de la ESE Hospital San Francisco para el periodo comprendido DEL 24 DE OCTUBRE AL 24 DE NOVIEMBRE DE 2024, **fue de Un (1) día.** **METAS DE CUMPLIMIENTO 100%** **Se anexan certificación expedida por la oficina de calidad de la ESE Hospital San Francisco.**	X	

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 2: GESTION DE PRODUCCION	% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
2. GESTIÓN DE PRODUCCIÓN ➢ La ESE Hospital San Francisco para el periodo comprendido DEL 24 DE OCTUBRE AL 24 DE NOVIEMBRE DE 2024, mantuvo al 100% el funcionamiento de los servicios habilitados en los horarios reportados en el REPS **METAS DE CUMPLIMIENTO 100%** **Se anexan en archivos PDF, los servicios habilitados de la ESE Hospital San Francisco y de sus puestos de salud.**	X	

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 3: GESTION FINANCIERA	% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
3. GESTIÓN FINANCIERA A) DETERMINAR GASTOS DE OPERACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA SEDE CON PERIODICIDAD TRIMESTRAL. A través de la Resolución No. 850 del 28 de Octubre de 2024, la Gerente de la E.S.E. Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro – Córdoba, en uso de sus facultades legales y en especial las otorgadas por la Junta Directiva de la ESE mediante el Acuerdo No. 014 del 1 de Octubre de 2024, INCORPORÓ al presupuesto de Ingresos y Gastos de la Vigencia 2024, los Recursos establecidos en el Convenio Interadministrativo No. SS-045-2024, por valor de $702.663.856.93. **METAS DE CUMPLIMIENTO 100%** **Se anexa copia de la Resolución No. 850 de 2024.**	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-2024	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN	X		SALUD	SALUD TOTAL, NUEVA EPS	31423715	
SENA			PENSIÓN	PORVENIR, PROTECCION	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			ARL	POSITIVA	NOVIEMBRE	2/11/2024

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 valor del contrato a suscribir se pagará de la siguiente manera: El Departamento realizará un primer giro y/o transferencia, correspondiente al 40% del valor de los recursos asignados a la firma y legalización del convenio, un 40% se giraran en el primer mes de ejecución del convenio, y un 20% restantes con la finalización de la ejecución del convenio.			
VALOR DEL CONTRATO:	$ 702.663.856,93			
VALOR PAGADO:	$ 281.065.542,77			
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0			
SALDO:	$ 421.598.314,16			
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MILLONES SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y DOS CON SETENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE ($281,065,542,77)			
NUEVO SALDO:	$ 140.532.771,39			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	EN TRAMITE, EN TRAMITE			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	80%	% AVANCE FINANCIERO	40,00%

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.°	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado
1	19/11/2024	$ 281.065.542,77				$ 281.065.542,77
2	2/12/2024	$ 281.065.542,77				$ -

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:	2/12/2024				