GOBERNACIÓN DEL CESAR
INFORME DE SUPERVISIÓN/INTERVENTORÍA PARA PAGO

CA080824035
08-08-2024 10:47:14 a.m.

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	CONTRATACIÓN DIRECTA (CON OFERTAS)
NO. DEL PROCESO DE SELECCIÓN	CDO-SSA-0003-2024
NO. DEL PROCESO DE SELECCIÓN **SECOP II**	CO1.BDOS.6201998
TIPO DE CONTRATACIÓN	OTRO
JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN	CONTRATOS O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS (CON VALOR)
SECRETARÍA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO)	SECRETARÍA DE SALUD
NÚMERO DEL CONTRATO/CONVENIO	2024030009
NÚMERO DEL CONTRATO **SECOP II**	CO1.PCCNTR.6393216
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	4 DE JUNIO DE 2024
OBJETO DEL CONTRATO CONCURRIR EN LA FINANCIACION DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE CHIRIGUANÁ - CESAR	
CONTRATISTA	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	892300175-4
REPRESENTANTE LEGAL	SERGIO ANDRES GIL CELIS
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	80760391
DATOS DE LA CUENTA BANCARIA	BBVA COLOMBIA Cuenta CORRIENTE Nro. 2820100011881
Clasificación P.N: N/A ¿Tiene Dependientes?: NO ¿Es Pensionado?: NO ¿Es Declarante de Renta?: NO	
Régimen: NO RESPONSABLE DE IVA Valor Aportado a Pensiones Voluntarias: $ 0,00 Valor Intereses de Vivienda: $ 0,00	
¿SUS INGRESOS EN EL 2023 SUPERARON $ 59.377.000,00? **SI**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 510.598.793,90
VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO	$ 0,00
VALOR REDUCIDO DEL CONTRATO	$ 0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 510.598.793,90
VALOR APORTADO POR LA ENTIDAD	$ 510.598.793,90
VALOR APORTADO POR OTRAS ENTIDADES	$ 0,00
DESEMBOLSO(S) DEL CONTRATO	$ 0,00
FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS EL DEPARTAMENTO DEL CESAR, REALIZARÁ UN PRIMER DESEMBOLSO RETROACTIVO, CORRESPONDIENTE A LOS MESES DE ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL Y MAYO DE 2024, EQUIVALENTE A DOSCIENTOS SEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL DOCE PESOS CON CINCUENTA Y TRES CENTAVOS ($206.367.012,53) M/L PREVIO AL CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS: A. QUE SE HAYA PERFECCIONADO EL CONTRATO CON LA FIRMA DE LAS PARTES. B. QUE SE HAYA EXPEDIDO POR LA GOBERNACIÓN DEL CESAR EL CORRESPONDIENTE REGISTRO PRESUPUESTAL. C. QUE SE HAYA CONSTITUIDO POR PARTE DEL CONTRATISTA, LA GARANTÍA ÚNICA DE AMPARO DE PRIMER DESEMBOLSO. D. QUE SE PRESENTE LA CUENTA DE COBRO RESPECTIVA POR PARTE DEL CONVINIENTE CON TODOS SUS SOPORTES. E. QUE SE PRESENTE LA AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL SUPERVISOR PARA EL DESEMBOLSO DEL PAGO Y SIETE DESEMBOLSOS IGUALES MENSUALES POR VALOR DE CUARENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS CON CINCUENTA Y UN CENTAVO ($41.273.402,51) M/L, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS METAS MENSUALES PACTADAS, DEBIDAMENTE CERTIFICADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONVENIO. Y UN NOVENO DESEMBOLSO POR VALOR DE QUINCE MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON OCHENTA Y DOS CENTAVOS ($15.317.963,82) M/L CORRESPONDIENTE AL 3% DEL TOTAL DEL CONVENIO, EN CUMPLIMIENTO A LO DESCRITO EN EL ARTÍCULO 8, NUMERAL 8.7 DE LA RESOLUCIÓN 484 DE 2024 “EL VALOR A GIRAR DE MANERA MENSUAL, PRECISANDO LOS REQUISITOS O CONDICIONES PARA LOS RESPECTIVOS DESEMBOLSOS. DEJANDO UN PORCENTAJE NO SUPERIOR AL 5% DEL VALOR DEL CONTRATO PARA SER CANCELADOS AL MOMENTO DE LA LIQUIDACIÓN DEL MISMO, UNA VEZ SE REALICE EL BALANCE FINANCIERO Y DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES. NOTA: DICHOS DESEMBOLSOS REQUERIRÁN ADEMÁS DE LA CERTIFICACIÓN DE RECIBO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DEL CONTRATO, PAZ Y SALVO DE LOS PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (AFP, EPS Y ARL) Y PARAFISCALES: SENA, ICBF Y CCF, CONFORME LOS REQUERIMIENTOS DE LEY.	
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	6 MES(ES) Y 26 DÍA(S)
PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO	N/A
PLAZO REDUCIDO DEL CONTRATO	N/A
PLAZO SUSPENDIDO DEL CONTRATO	N/A
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	6 MES(ES) Y 26 DÍA(S)
FECHA DE INICIO	5 DE JUNIO DE 2024

Formato No. 1074 | Sircc II V1.0 ® Todos los derechos reservados.

FECHA DE TERMINACIÓN		30 DE DICIEMBRE DE 2024
INTERVENTOR	IDENTIFICACIÓN INTERVENTOR	N/A
	NOMBRE DEL INTERVENTOR	N/A
	FECHA DE DESIGNACIÓN	N/A

SUPERVISORES DEL CONTRATO

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	FECHA DESIGNACIÓN
1065581129	AVELINA IGUARAN MOLINA	4 DE JUNIO DE 2024

2. DATOS FINANCIEROS

CERTIFICADO(S) DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL - CDP

N°	240	VALOR	$ 978.848.209,07	FECHA	7 DE MARZO DE 2024

REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES) - RP

N°	3911	VALOR	$ 510.598.793,90	FECHA	4 DE JUNIO DE 2024
RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) AFECTADO(S)	05 - 2.3.3.01.02.005 - 30 - TRANSFERENCIAS PARA EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO				

3. PAGOS DE IMPUESTOS Y PUBLICACIONES REALIZADOS POR EL CONTRATISTA

IMPUESTO	VALOR BASE	TARIFA	VALOR	NÚMERO LIQUIDACIÓN	FECHA DE PAGO
NO SE REGISTRARON IMPUESTOS EN ESTE CONTRATO					

4. GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA

ASEGURADORA	N° DE POLIZA	AMPARO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	NÚMERO DOCUMENTO SOPORTE
SURAMERICANA	3935505–1	CUMPLIMIENTO	$ 51.059.879,00	04/06/2024 AL 30/06/2025	2024030009
SURAMERICANA	3935505–1	BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO	$ 211.870.132,87	04/06/2024 AL 30/04/2025	2024030009
SURAMERICANA	3935505–1	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES O INDEMNIZACIONES LABORES	$ 25.529.940,00	04/06/2024 AL 30/12/2027	2024030009
APROBACIÓN DE GARANTÍAS - RESOLUCIÓN Y FECHA			008064 DEL 4 DE JUNIO DE 2024		

5. RELACIÓN DE ACTAS SUSCRITAS HASTA LA FECHA

NOMBRE O TIPO	FECHA SUSCRIPCIÓN	MOTIVO DEL ACTA
INICIO	05-06-2024	DA POR INICIADO EL CONTRATO

6. RELACIÓN DE MODIFICACIONES AL CONTRATO SUSCRITOS HASTA LA FECHA

NÚMERO DE LA MODIFICACIÓN	OBJETO DE LA MODIFICACIÓN	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	MOTIVO DE LA MODIFICACIÓN
NO SE REALIZARON MODIFICACIONES EN ESTE CONTRATO			

7. RELACIÓN DE INFORMES DE GESTIÓN PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA

N° INFORME	FECHA	PERIODO CORRESPONDIENTE
desembolso #01	04-07-2024	DEL 05/06/2024 AL 05/06/2024

8. RELACIÓN DE PAGOS REALIZADOS AL CONTRATISTA

N°	TIPO	VALOR BRUTO	AMORTIZACIÓN DEL ANTICIPO	MENOS GLOSAS	VALOR NETO	N° ORDEN PAGO	COMPROBANTE DE EGRESO	
							N°	FECHA
1	DESEMBOLSO	$ 211.870.132,87			$ 211.870.132,87	6671	9095	05/07/2024
TOTAL:		**$ 211.870.132,87**						

9. RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISALES

NÚMERO PLANILLA	MES AL QUE CORRESPONSE EL APORTE	SALUD	PENSION	ARL	PARAFISCALES	TOTAL APORTE

Formato No. 1074 | Sircc II V1.0 ® Todos los derechos reservados. Impreso por AVELINA IGUARAN MOLINA el día: 6 de agosto de 2024

9467932128	MES DE MAYO DE 5	$ 13.807.100,00	$ 18.134.600,00	$ 2.631.100,00	$ 9.832.900,00	$ 44.405.700,00
9469192493	MES DE JUNIO DE 2024	$ 4.648.500,00	$ 5.552.200,00	$ 907.100,00	$ 3.348.200,00	$ 14.456.000,00
9469194139	MES DE JUNIO DE 2024	$ 15.328.500,00	$ 20.135.600,00	$ 2.989.000,00	$ 11.040.600,00	$ 49.493.700,00

10. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS FACTURADOS POR EL CONTRATISTA Y SUS CARACTERÍSTICAS

DESCRIPCIÓN DEL BIEN, PRODUCTO O SERVICIO	UNIDAD	VALOR UNITARIO	CANTIDAD SUMINISTRADA EN EL PERÍODO	VALOR PARCIAL	FECHA DE ENTREGA

OBSERVACIONES REALIZADAS POR EL SUPERVISOR

Se revisan los soportes cargados por la E.S.E. y se da visto bueno.

RELACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

- La ESE Garantiza con sus recursos propios la consecución de los indicadores establecidos.
- La ESE Suministra los informes en los plazos estipulados.
- La ESE Garantiza durante el plazo de ejecución la atención del cien por ciento (100%) de los servicios de salud, en el lugar que la Secretaría de Salud del Departamento del Cesar le indique.
- La ESE Cumple con las CONDICIONES PARTICULARES DE ATENCION, descritas en este estudio previo.
- La ESE Garantiza el acceso de los servicios de salud a la Población beneficiada en el municipio de Chiriguaná, departamento del cesar.
- La ESE Garantiza con la propuesta que realizará la atención, socialización, y cumplimiento de los indicadores de atención en salud.
- La ESE Cumple co todas las demás actividades inherentes al objeto contractual.

OBLIGACIONES DEL CONTRATRISTA

- Garantizar con sus recursos propios la consecución de los indicadores establecidos.
- Suministrar los informes en los plazos estipulados.
- Garantizar durante el plazo de ejecución la atención del cien por ciento (100%) de los servicios de salud, en el lugar que la Secretaría de Salud del Departamento del Cesar le indique.
- Cumplir con las CONDICIONES PARTICULARES DE ATENCION, descritas en este estudio previo.
- Garantizar el acceso de los servicios de salud a la Población beneficiada en el municipio de Chiriguaná, departamento del cesar.
- Garantizar con la propuesta que realizará la atención, socialización, y cumplimiento de los indicadores de atención en salud.
- Cumplir las demás inherentes al objeto contractual.

11. INVERSIÓN MUNICIPALIZADA

#	MUNICIPIO	TOTAL FACTURADO
1	Chiriguaná	$ 35.770.282,17
TOTAL		$ 35.770.282,17

El suscrito Interventor y/o Supervisor certifica el cumplimiento de las obligaciones del contratista:

SI	**X**	Valor Total Aprobado en este Documento: $ 35.770.282,17 Valor Amortización Anticípo: $ 0,00 Valor neto a Cobrar: $ 35.770.282,17

Formato No. 1074 | Sircc II V1.0 ® Todos los derechos reservados.

se da visto bueno para realizar el pago de **TREINTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS CON 17/100.- PESOS M/CTE ($ 35.770.282,17),** el cual se discrimina a continuación:

NÚMERO RP	RUBRO	VALOR	DOCUMENTO SOPORTE
3911 del 2024	05 - 2.3.3.01.02.005 - 30 - TRANSFERENCIAS PARA EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO	$ 35.770.282,17	2024030009
	TOTAL	**$ 35.770.282,17**	

Por concepto de **INFORME PARCIAL #02** correspondiente al pago del periodo *del 06/06/2024 al 30/06/2024*, del contrato **2024030009**.

NO		Se recomienda a la administración tomar las siguientes acciones:

CERTIFICO que en cumplimiento de mis obligaciones como Interventor y/o Supervisor, recibí, revisé y aprobé personalmente los documentos que aportó el contratista y que fueron la base de los datos que suministro en este Informe por medio del cual autorizo realizar el pago del valor antes expresado; así mismo dejo constancia que el contratista realizó los pagos por los valores correspondientes a los impuestos y publicaciones requeridos para la legalización del contrato y que he verificado que el contratista ha cumplido con el pago de los aportes a seguridad social y que existe una correcta relación entre las sumas canceladas con las que fueron cotizadas por el contratista, además que el valor cotizado corresponda al porcentaje y sobre la base señalada por las normas vigentes sobre la materia.

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE EN SIRCC II
#FE080624128

AVELINA IGUARAN MOLINA
SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Formato No. 1074 | Sircc II V1.0 ® Todos los derechos reservados. Impreso por AVELINA IGUARAN MOLINA el día: 6 de agosto de 2024