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	23/11/2024 al 22/12/2024

CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO
CONTRATO	X	SS-030-2024			16 DE OCTUBRE DEL 2024
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:	403	No. RP:	5318

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE CONTRATISTA:	E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE SAN BERNARDO DEL VIENTO
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	891.000.499-4
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 ESE HOSPITAL SAN JOSE DE SAN BERNARDO DEL VIENTO PARA LA VIGENCIA 2024.
FECHA ACTA DE INICIO:	23/10/2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	22/12/2024
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:	100,00%
VALOR INICIAL	$ 597.857.854,60
VALOR REAJUSTE:	$ 0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 597.857.854,60

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

OBSERVACIONES: PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 23/11/2024 AL 22/12/2024

3. ASPECTO LEGAL

GARANTÍAS:			
VALOR ASEGURADO:	$ 119.571.571,00	VIGENCIA:	16/10/2024 HASTA EL 30/06/2025
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO	NÚMERO DE PÓLIZA:	53-44-101034400

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA		DURACIÓN	
				DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	10%	$ 59.785.585,50		16/10/2024	30/06/2025
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%	$ 59.785.585,50		16/10/2024	30/06/2025
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: X | NO:

INDICADORES	METAS DE CUMPLIMIENTO	EVALUACION
De Calidad en la prestación de servicios de salud	PESO: 33%	
a) Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general: Número promedio de días transcurridos entre la fecha solicitud de cita y la fecha de asignación	1 DIA	Mensual
b) Atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio: Cumplimiento de atención domiciliaria y por telesalud a personas incluidas en los 3 grupos de riesgo establecidos en la Resolución 521 de 2020	100%	Mensual
c) Adherencia a protolos de atencion y bioseguridad en el marco de la emergencia sanitaria: Cumplimiento de protocolos para la prestación de servicios de salud.	95.2%	Mensual
Adherencia a protolos para la protección del talento humano de la ESE	90%	Mensual

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 2: GESTION DE PRODUCCION

% CUMPLIMIENTO: 0%

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS: SI: X | NO:

Gestión de producción — PESO: 34%

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

Sede	Servicio	Horario		Observación
Relacione a partir de REPS	Relacione a partir de REPS			
236750070201	GENERAL ADULTO	7:00 a. m.	7.00 a.m	
	ENFERMERIA	7:00 a. m.	7.00 a.m	
	GENERAL PEDIATRICA	7:00 a. m.	7.00 a.m	
	OBSTETRICIA	7:00 a. m.	7.00 a.m	
	MEDICINA GENERAL	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	ODONTOLOGIA GENERAL	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	TAMIZAJE DE CANCER DE CUELLO UTERINO	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	PROTECCION ESPECIFICA- ATENCION DEL PARTO	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	PROTECCION ESPECIFICA TENCION AL RECIEN NACIDO	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	DETECCCION TEMPRANA ALTERACIONES EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	DETECCION TEMPRANA ALTERACIONES DEL DESRROLLO EL JOVEN(10 A 29 AÑOS	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	DETECCION TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	DETECCION TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADDULTO (MAYOR DE 45 AÑS)	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	DETECCION TEMPRAANA - CANCER DE CUELLO UTERINO	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	DETECCCION TEMPRANA - CANCER DE SENO	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	DETECION TEMPRANA - ALTERACIONESS DE LA AGUDEZA VISUAL	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	PROTETECCION ESPECIFICA - VACUNACION	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	PROTECCION ESPECIFICA ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	
	PROTECCION SPECIFICA - ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR	7:00a.m A 12 m	1:00 A 4:00pm	

Fuente: REPS vigente

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 3: GESTION FINANCIERA

% CUMPLIMIENTO: 0%

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS: SI: X | NO:

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 — Anual

Concepto	2021	2022	2023	Promedio
Recaudo por venta de servic	7.858.948,00	8.300.678,00	7.938.456,00	8.032.660,00

Fuente: SIHO (valores en pesos constantes 2024)

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

Concepto	2021	2022	2023	Promedio
Recaudo de cartera vigencias anteriores	1.305.379,00	630.940,00	1.873.389,00	1.269.836,00

Fuente: SIHO (valores en pesos co

Anual

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	SI	NO	FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	
			1/11/2024	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN	X		SALUD	SALUD TOTAL, NUEVA EPS	9477241199	
SENA			PENSIÓN	PORVENIR, PROTECCION	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			ARL	POSITIVA	NOVIEMBRE	25/11/2024

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 TECNICAS 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:	$ 597.857.854,09
VALOR PAGADO:	$ 478.286.283,20
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0
SALDO:	$ 119.571.570,89
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	CIENTO DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS SETENTA CON OCHENTA Y NUEVE CENTAVOS **($119.571.570,89)**
NUEVO SALDO:	$ 0,00
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	13457, EN TRAMITE, EN TRAMITE

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	100%	% AVANCE FINANCIERO	80%	

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.°	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado
1	7/11/2024	$ 239.143.141,60				$ 239.143.141,60
2	6/12/2024	$ 239.143.141,60				$ 239.143.141,60
FINAL	26/12/2024	$ 119.571.570,89				$ -

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:	26/12/2024