



GOBERNACIÓN DEL CESAR
INFORME DE
SUPERVISIÓN/INTERVENTORÍA PARA
PAGO

CA080124086
01-08-2024 10:18:08 a.m.

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	CONTRATACIÓN DIRECTA (CON OFERTAS)
NO. DEL PROCESO DE SELECCIÓN	CDO-SSA-0004-2024
NO. DEL PROCESO DE SELECCIÓN SECOPII	CO1.BDOS.6195295
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	2024030008
NÚMERO DEL CONTRATO SECOPII	CO1.PCCNTR.6388267
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	31 DE MAYO DE 2024
OBJETO DEL CONTRATO «CONCURREN EN LA FINANCIACIÓN DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL CRISTIAN MORENO PALLARES DE CURUMANÍ - CESAR ».	
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL CIRSTIAN MORENO PALLARES
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	824000426-3
REPRESENTANTE LEGAL	JOSE FIDEL LOZANO TORO
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	106608484
DATOS DE LA CUENTA BANCARIA	BBVA COLOMBIA Cuenta CORRIENTE Nro. 0316006311
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? NO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 468.249.415,17
VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO	\$ 0,00
VALOR REDUCIDO DEL CONTRATO	\$ 0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 468.249.415,17
VALOR APORTADO POR LA ENTIDAD	\$ 468.249.415,17
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 CIENTO OCHENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS CINCO PESOS CON TREINTA CENTAVOS (\$189.250.805,30) 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 PAGO ANTICIPADO. 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 TREINTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS CON SEIS CENTAVOS (\$37.850.161,06) M/L, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS METAS MENSUALES PACTADAS, DEBIDAMENTE CERTIFICADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONVENIO. Y UN NOVENO DESEMBOLSO POR VALOR DE CATORCE MILLONES CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS CON CUARENTA Y SEIS CENTAVOS (\$14.047.482,46) 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 PAGOS 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	7 MES(ES)
PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO	N/A
PLAZO REDUCIDO DEL CONTRATO	N/A
PLAZO SUSPENDIDO DEL CONTRATO	N/A
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	7 MES(ES)
FECHA DE INICIO	31 DE MAYO DE 2024





GOBERNACIÓN DEL CESAR
INFORME DE
SUPERVISIÓN/INTERVENTORÍA PARA
PAGO

CA080124086
01-08-2024 10:18:08 a.m.

Documento No. **INSUPC-SSA-0012-2024** , aprueba el inf. de actividad No. INAC-SSA-2183-2024

Página 2 de 4

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		31 DE MAYO 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°	3875	VALOR	\$ 468.249.415,17	FECHA	31 DE MAYO DE 2024
RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) AFECTADO(S)		05 - 2.3.3.01.02.005 - 30 - TRANSFERENCIAS PARA EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, 05 - 2.3.3.01.02.005 - 30-1 - 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	3934591-0	CUMPLIMIENTO	\$ 46.824.942,00	31/05/2024 AL 30/06/2025	2024030008
SURAMERICANA	3934591-0	PAGO ANTICIPADO	\$ 189.250.805,30	31/05/2024 AL 30/04/2025	2024030008
SURAMERICANA	3934591-0	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES O INDEMNIZACIONES LABORES	\$ 23.412.471,00	31/05/2024 AL 31/12/2027	2024030008
APROBACIÓN DE GARANTÍAS - RESOLUCIÓN Y FECHA			CO1.WRT.14454416 DEL 31 DE MAYO DE 2024		

5. RELACIÓN DE ACTAS SUSCRITAS HASTA LA FECHA

NOMBRE O TIPO	FECHA SUSCRIPCIÓN	MOTIVO DEL ACTA
INICIO	31-05-2024	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
NO SE REGISTRARON INFORMES DE GESTIÓN PARA ESTE CONTRATO		

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
NO SE REGISTRÓ UN CRONOGRAMA DE PAGO EN ESTE CONTRATO								
TOTAL:		\$ 0,00						

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

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





GOBERNACIÓN DEL CESAR
INFORME DE
SUPERVISIÓN/INTERVENTORÍA PARA
PAGO

CA080124086
01-08-2024 10:18:08 a.m.

Documento No. **INSUPC-SSA-0012-2024** , aprueba el inf. de actividad No. INAC-SSA-2183-2024 Página 3 de 4

9468365630	MES DE MAYO DE 2024	\$ 11.015.100,00	\$ 14.624.700,00	\$ 2.258.400,00	\$ 7.933.600,00	\$ 35.831.800,00
------------	------------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------	------------------

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 realizará este primer desembolso retroactivo, correspondiente a los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo de 2024, por un valor equivalente a CIENTO OCHENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS CINCO PESOS CON TREINTA CENTAVOS (\$189.250.805,30) M/L. Se verifican los soportes aportados por la E.S.E. y se da visto bueno.

RELACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

- NA
- NA
- NA
- NA
- NA
- NA
- NA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

- 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 Curumaní, 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	Curumaní	\$ 189.250.805,30
TOTAL		\$ 189.250.805,30

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

SI X

Valor Total Aprobado en este Documento: \$ 189.250.805,30
Valor Amortización Anticipo: \$ 0,00
Valor neto a Cobrar: \$ 189.250.805,30

se da visto bueno para realizar el pago de CIENTO OCHENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS CINCO CON 30/100.- PESOS M/CTE (\$ 189.250.805,30), el cual se discrimina a continuación:

NÚMERO RP	RUBRO	VALOR	DOCUMENTO SOPORTE





GOBERNACIÓN DEL CESAR
INFORME DE
SUPERVISIÓN/INTERVENTORÍA PARA
PAGO

CA080124086
01-08-2024 10:18:08 a.m.

Documento No. **INSUPC-SSA-0012-2024** , aprueba el inf. de actividad No. INAC-SSA-2183-2024 Página 4 de 4

NO		3875 del 2024	05 - 2.3.3.01.02.005 - 30 - TRANSFERENCIAS PARA EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO	\$ 186.629.040,23	2024030008
		3875 del 2024	05 - 2.3.3.01.02.005 - 30-1 - TRANSFERENCIAS PARA EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO	\$ 2.621.765,07	2024030008
		TOTAL		\$ 189.250.805,30	
		Por concepto de DESEMBOLSO #01 correspondiente al pago del periodo <i>del 31/05/2024 al 31/05/2024</i> , del contrato 2024030008 .			
		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
#FE073124353

AVELINA IGUARAN MOLINA
SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO