Villavicencio, 18 de junio de 2024

Doctor(a):
**JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ**
Secretario de Salud del Meta
Gobernación del Meta

## INFORME DE SUPERVISIÓN

**Objetivo del Informe**
Mantener informada a la Gobernación del Meta sobre el desarrollo del contrato objeto de este informe, presentar evidencias de su ejecución y verificar que las actividades realizadas sean hechas con calidad y en los términos adecuados.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Contrato No. y Fecha: | 0976 de 2024 | | |
| Clase de Contrato: | Prestación de Servicios Profesionales | | |
| Registro Presupuestal No. y Fecha: | 2628 de 22 de marzo de 2024 | | |
| Contratista: | NELSY BERNAL DUARTE | Nit./c.c. | 31.036.935 |
| Representante Legal: | N/A | c.c. | |
| Supervisor: | CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS | c.c. | 1.121.823.987 |
| Acto administrativo de designación supervisor: No. y Fecha | Designación de Supervisor contrato No.0976 de 2024 | | |
| Objeto: | | | |
| **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO AL DESPACHO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL META.** | | | |
| Valor inicial del contrato: (Letras y Números) | veintitrés millones de pesos ($23.000.000) m/cte | | |
| Término Inicial de Ejecución: | Seis (6) meses | | |
| Fecha de Inicio según Acta de Inicio: | 14/02/2024 | Fecha Finalización según Acta de Inicio: | 13/08/2024 |

| Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios) | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de Modificación | Fecha de expedición del documento | Valor (Aplica solo para adiciones) | Tiempo (aplica solo para prórrogas) |
| N/A | N/A | N/A | N/A |
| Término Total de Ejecución: (Inicial + prórroga) | N/A | Fecha Finalización: (Inicial + prórroga) | N/A |

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato, incluyendo adiciones: (Letras y Números) | N/A |
| *Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A<br>**Inserte filas si requiere | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo de Pago:** | Del | 01/05/2024 | | Al | 31/05/2024 | | | | |
| **Tipo de Pago:** | Anticipo | | Parcial | x | Final | | No. de Pago | 2 | |

| | |
|---|---|
| **Valor Total Autorizado a Pagar** (Letras y números Máximo 2 Decimales) | **tres millones setecientos cuarenta y nueve mil novecientos trece pesos ($3.749.913)** |

Se me designó como supervisor del contrato objeto de este informe, así para dar cumplimiento al Decreto No. 075 de 2021, por medio de la cual se adopta el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría del Departamento del Meta, me permito informar el desarrollo correspondiente al presente periodo de pago en los siguientes aspectos:

**Cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato:**

| REQUISITOS | Si | No | N/A |
|---|---|---|---|
| Registro presupuestal | x | | |
| Otorgamiento oportuno de las garantías tanto al inicio como a lo largo de la vida del contrato, de la aprobación de dichas garantías y las demás que correspondan según el contrato y la Ley | | | x |
| Existencia de las licencias y/o autorizaciones que se requieran contractual y legalmente para proceder a suscribir el acta de inicio del contrato) | | | x |
| Afiliación a Administradora de Riesgos Laborales ARL | x | | |
| Publicaciones en Secop | x | | |
| Publicaciones en SIA Observa | x | | |
| Carpeta física actualizada en la Gerencia de asuntos contractuales | x | | |

**Ejecución de las actividades en cumplimiento de las obligaciones especificas en el periodo del informe:**

**1)** Prestar el servicio de fotocopiado, anillado, estampado, de la siguiente manera, conforme a las especificaciones técnicas requeridas por la Secretaria de Salud del Meta, de conformidad con la propuesta presentada, y en las condiciones de tiempo, modo y lugar, mínimos señalados en los Estudios Previos:

| ITEM | SERVICIO | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | UNID MEDIDA | CANT |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | SERVICIO DE FOTOCOPIADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META | Fotocopias tamaño carta, copia foto estática en negro. | UNID | 1 |
| | | Fotocopias tamaño oficio, copia foto estática en negro. | UNID | 1 |
| | | Fotocopias tamaño carta, copia foto estática a color. | UNID | 1 |
| | | reducción o ampliación al 150%, previa autorización de la secretaria de salud | UNID | 1 |
| | | Fotocopias tamaño oficio, copia foto estática a color. | UNID | 1 |
| 2 | SERVICIO DE ANILLADO O ARGOLLADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD | Anillado o argollado, en plástico con sistema velobinder con pasta policover de 1 a 100 hojas. | UNID | 1 |
| | | Anillado o argollado, en plástico con sistema velobinder con pasta policover de 100 a 300 hojas. | UNID | 1 |
| 3 | SERVICIO DE ESTAMPADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD | Estampado de hasta 1 a 100 hojas. | UNID | 1 |
| | | Estampado de hasta 100 a 300 hojas, | UNID | 1 |

**2)** El contratista deberá disponer de equipos de fotocopiado a una distancia no mayor a 200 metros lineales de las instalaciones de la Secretaría de Salud del Meta, a fin de atender oportunamente las solicitudes y necesidades de la entidad.

**3)** Prestar los servicios en su totalidad y con los requerimientos técnicos mínimos exigidos en el pliego de condiciones, con las condiciones de tiempo, modo y lugar precisados en el estudio, en el pliego de condiciones, ofertados en la propuesta y en el contrato.

**4)** Los servicios deben ser prestados con excelente calidad, y cumplir con las unidades autorizadas.

**5)** Aceptar los procedimientos administrativos que determine el departamento a través de la Secretaria de salud del Meta para la ejecución del contrato.

**6)** Informar oportunamente al supervisor del contrato, de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución del mismo.

**7)** El contratista deberá tener afiliado a todo el personal que destinara para la ejecución del objeto a contratar, al sistema general de seguridad social integral e igualmente estar al día en el pago de los anteriores aportes y en el pago de sus obligaciones, parafiscales durante la vigencia del contrato de acuerdo a las disposiciones del régimen laboral colombiano, en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y demás normas concordantes.

**8)** Presentar informe de ejecución mensual, copia del pago legible del comprobante del aporte mensual al sistema de seguridad social (salud, pensión, riesgos profesionales y parafiscales) en los términos establecidos en la ley.

**Evaluación y Reevaluación del Contratista**

| Rango de Calificación | |
|---|---|
| **Excelente** | El contratista superó las especificaciones técnicas establecidas de los productos y/o servicios. |
| **Bueno** | El contratista cumplió las especificaciones técnicas establecidas de los productos y/o servicios. |
| **Regular** | El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades que no son graves, ni se considera que incumplió el mismo. |
| **No Cumple** | El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades graves y se considera que incumplió el mismo. |

| Evaluación y Reevaluación del Contratista | Calificación |
|---|---|
| **CUMPLIMIENTO:** (Oportunidad en la entrega de los productos y/o servicios; Atención a compromisos adquiridos) | Bueno |
| **CALIDAD:** (Grado en el que el producto y/o servicio cumple las necesidades y expectativas contractuales) | Bueno |
| **COMUNICACIÓN:** (Comunicación asertiva durante la ejecución del contrato) | Bueno |
| **EVALUACIÓN GENERAL:** (Percepción general sobre el producto y/o servicio suministrado) | Bueno |

**Cumplimiento de las Obligaciones de Seguridad Social:**

Certifico que verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARL) y parafiscales correspondiente al periodo del presente informe como se establece en el Certificado del supervisor autorizando el pago.

**Certificación de Cumplimiento General**

De acuerdo con la información anteriormente suministrada y la contenida en el F-BS-16 certificado del supervisor autorizando el pago, certifico que durante el periodo objeto de este informe, el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones del contrato, y cumplió con el pago del sistema de seguridad social, la cual fue verificada física y documentalmente por el suscrito.

Cordialmente;

CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Gerente Administrativo de Salud
**Supervisor**