CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
Nº 011 FECHA: 27 ENE 2010

CONTRATO: En virtud de la celebración del presente contrato, EL CONTRATISTA se compromete para con EL CONTRATANTE a la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE APOYO A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL EN EL ÁREA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, PARA REALIZAR INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL AL ASEGURAMIENTO EN EL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA LEY 715 DEL 21 DE DICIEMBRE DE 2001." **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** En virtud de las estipulaciones y condiciones de perfeccionamiento y ejecución del presente contrato, EL CONTRATISTA se obliga a cumplir particularmente las siguientes obligaciones:1) **Realizar Inspección, vigilancia y control de la gestión financiera de las Direcciones Locales de Salud** que está orientado a verificar la correcta aplicación de los recursos de financiación del Régimen Subsidiado de Salud de modo que cumplan con las normas vigentes.2) **Realizar Inspección, vigilancia y control de la identificación, selección y priorización de potenciales beneficiarios en el Régimen Subsidiado de Salud** que debe verificar y asegurar la correcta aplicación de las normas de identificación, selección y priorización del Régimen Subsidiado de Salud. 3) **Realizar Inspección, vigilancia y control de la afiliación en el Régimen Subsidiado de Salud** que se centra en vigilar la Garantía del ejercicio del derecho a la libre elección de EPS- RS por parte de los beneficiarios seleccionados para ingresar al Régimen Subsidiado de Salud. 4) **Realizar Inspección, vigilancia y control de la contratación en el Régimen Subsidiado de Salud** que corresponde verificar el perfeccionamiento, ejecución, interventoría y liquidación de los contratos de gestión del Régimen Subsidiado de Salud, e los municipios de la jurisdicción del departamento.5) **Realizar Inspección, vigilancia y control a la EPS del Régimen Subsidiado y Contributivo.** que esta orientado a verificar la correcta prestación de los servicios de modo que cumplan con la normas vigentes. 6) realizar los pagos y acreditar la respectiva afiliación al SGSSS por el monto del respectivo contrato 7) Presentar un Informe mensual de las actividades realizadas 8) Presentar informe final consolidando todas las actividades ejecutadas del contrato 9)Las demás actividades que tengan relación con la prestación del servicio y sean afines con la naturaleza del contrato.**TERCERA: VALOR:** Para efectos legales y fiscales el valor del presente contrato se fija en la suma de TREINTA Y OCHO MILLONES QUNIENTOS MIL PESOS M/CTE ($38.500.000,oo). **PARÁGRAFO PRIMERO**: De acuerdo con lo establecido en el inciso 2, numeral 3 del artículo 32 de la ley 80/93, la suma establecida en esta cláusula constituye el monto de los valores pactados por la realización de las actividades contratadas; constituyendo única y exclusivamente, la obligación económica que adquiere EL CONTRATANTE con EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO SEGUNDO** El contratista asumirá el 100% de los gastos que se ocasionen durante la ejecución del presente contrato, concernientes a desplazamientos y demás gastos que puedan generarse para el cabal cumplimiento del objeto contratado. **CUARTA.- FORMA DE PAGO:** EL CONTRATANTE pagará a EL CONTRATISTA el valor del contrato de la siguiente manera: El valor del contrato se efectuará el pago de la obligación en mensualidades vencidas por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MDA/CTE (3.500.000,oo), previa presentación de informe de actividades mensuales con su correspondiente certificación de cumplimiento emitida por el Secretario de Salud Departamental en calidad de supervisor o quien se delegue, en la cual certifique el cabal cumplimiento de las obligaciones a entera satisfacción, y suscripción del acta de liquidación final,cumplido el siguiente procedimiento: 1º EL CONTRATISTA presentará documento de cobro ajustado a la normatividad tributaria vigente dentro de los cinco días siguientes al vencimiento del período respectivo, anexando constancia de pago de aportes a seguridad social, y constancia de cumplimiento

Palacio Departamental – Calle 8 No. 7-40 Mocoa
Conmutador 098-4295494, 4295473, 4295254, 4295497, 4295236, Ext. 113 Fax: 098-4296189
E-mail: salud@putumayo.gov.co Página Web: www.putumayo.gov.co