



**SUBPROCESO:** GESTION CONTRACTUAL  
**PROCEDIMIENTO:** APOYO ACCIONES CONTRACTUALES  
**INFORME DE INTERVENTORIA Y/O SUPERVISIÓN**

Código: 101-02.2.4  
Versión: 003  
Fecha: 12.08.2024

|                        |            |                      |  |
|------------------------|------------|----------------------|--|
| <b>CONTRATO</b>        | <b>155</b> | <b>CONVENIO</b>      |  |
| <b>INFORME PARCIAL</b> | <b>02</b>  | <b>INFORME FINAL</b> |  |

**1. DATOS GENERALES**

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MODALIDAD DE CONTRATACIÓN                                                                       | Mínima cuantía                                                                                                                                                                                        |
| Nº DE PROCESO DE SELECCIÓN                                                                      | 186                                                                                                                                                                                                   |
| TIPO DE CONTRATO                                                                                | Prestación de servicios                                                                                                                                                                               |
| SECRETARÍA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO) | Secretaría de Salud                                                                                                                                                                                   |
| NÚMERO DEL CONTRATO/CONVENIO                                                                    | 155                                                                                                                                                                                                   |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO                                                      | 17 de septiembre de 2024                                                                                                                                                                              |
| OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO                                                                    | Prestación de Servicios técnicos para realizar actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía del municipio de Caicedonia. |
| CONTRATISTA                                                                                     | GENESIS OCHOA RUBIANO                                                                                                                                                                                 |
| NIT/CC                                                                                          | 1.115.185.918                                                                                                                                                                                         |
| REPRESENTANTE LEGAL                                                                             | GENESIS OCHOA RUBIANO                                                                                                                                                                                 |
| IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL                                                          | 1.115.185.918                                                                                                                                                                                         |
| CÓDIGO CIU CONTRATISTA                                                                          | 4799                                                                                                                                                                                                  |
| VALOR DEL CONTRATO/CONVENIO                                                                     | \$ 10.000.000                                                                                                                                                                                         |
| ADICION EN VALOR                                                                                |                                                                                                                                                                                                       |

**CONTROL DE CAMBIOS**

| VERSIÓN No. | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO                                                                                                                              |
|-------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01          | 30.07.2019          | Ingresa el CÓDIGO CIU CONTRATISTA                                                                                                                   |
| 02          | 12.08.2024          | Ingresa los campos de modificaciones de contratos/ notificación de posible incumplimiento/ recomendaciones de los anexos al informe de supervisión. |



**SUBPROCESO:** GESTION CONTRACTUAL  
**PROCEDIMIENTO:** APOYO ACCIONES CONTRACTUALES  
**INFORME DE INTERVENTORIA Y/O SUPERVISIÓN**

Código: 101-02.2.4  
Versión: 003  
Fecha: 12.08.2024

**NOTA: EN CASO DE TENER ADICIÓN EN VALOR DEBERÁ RELACIONAR EL CDP Y RP MAS ABAJO DONDE SOLICITAN LOS NÚMEROS DE ESTOS**

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS                  | El total del contrato es de DIEZ MILLONES DE PESOS MCT (\$10.000.000). y se cancelaran de la siguiente manera: cuatro pagos iguales parciales por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$2.500.000), previo recibido y verificación del cumplimiento del contrato y las obligaciones adquiridas por el contratista en el desarrollo de las actividades encaminadas a la defensa de los derechos de los pacientes y a promover espacios de participación. |
| PLAZO DEL CONTRATO /CONVENIO                 | 3 meses y 12 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ADICION EN TIEMPO                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿SE REALIZO PRORROGA DEL CONTRATO? SI O NO   | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| CUANTOS DIAS                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿SE REALIZO SUSPENSION DEL CONTRATO? SI O NO | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| CUANTOS DIAS                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿SE REALIZO CESIÓN DEL CONTRATO? SI O NO     | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| NOMBRE DEL CESIONARIO                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| NIT/CC                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| REPRESENTANTE LEGAL                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| GARANTIAS SI O NO                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| NUMERO DE POLIZA                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| CONTROL DE CAMBIOS |                     |                                                                                                                                                     |
|--------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERSIÓN No.        | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO                                                                                                                              |
| 01                 | 30.07.2019          | Ingresa el CÓDIGO CIU CONTRATISTA                                                                                                                   |
| 02                 | 12.08.2024          | Ingresa los campos de modificaciones de contratos/ notificación de posible incumplimiento/ recomendaciones de los anexos al informe de supervisión. |

|                                                                                   |                                                                                                                                                 |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  | <b>SUBPROCESO:</b> GESTION CONTRACTUAL<br><b>PROCEDIMIENTO:</b> APOYO ACCIONES CONTRACTUALES<br><b>INFORME DE INTERVENTORIA Y/O SUPERVISIÓN</b> | Código: 101-02.2.4<br>Versión: 003<br>Fecha: 12.08.2024 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

|                                                                                                                      |                                                        |                             |                          |                                  |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| TIPO DE GARANTIAS                                                                                                    |                                                        |                             |                          |                                  |                          |
| Supervisión e Interventoría                                                                                          | Nombre                                                 |                             | JHON MILER SANCHEZ MARIN |                                  |                          |
|                                                                                                                      | Fecha de designación de la Supervisión e Interventoría |                             | 19 de septiembre de 2024 |                                  |                          |
| DATOS FINANCIEROS                                                                                                    |                                                        |                             |                          |                                  |                          |
| Certificado(s) de Disponibilidad Presupuestal – CDP                                                                  |                                                        |                             |                          |                                  |                          |
| N° CDP                                                                                                               | 0001278                                                | Valor(es)                   | \$ 10.000.000            | FECHA(S)                         | 21 de agosto de 2024     |
| Certificado(s) de Registro Presupuestal – RP                                                                         |                                                        |                             |                          |                                  |                          |
| N°                                                                                                                   | 0001797                                                | Valor (es)                  | \$ \$ 10.000.000         | FECHA (S)                        | 18 de septiembre de 2024 |
| Rubro(s) presupuestal(es) afectado(s)                                                                                |                                                        | 2.3.2.02.02.009190502592919 |                          |                                  |                          |
| Valor contratado                                                                                                     |                                                        | \$ 10.000.000               |                          |                                  |                          |
| Valor pago parcial                                                                                                   |                                                        | \$ 2.500.000                |                          |                                  |                          |
| Saldo ejecutado a la fecha                                                                                           |                                                        | \$ 5.000.000                |                          |                                  |                          |
| Saldo por Ejecutar                                                                                                   |                                                        | \$ 5.000.000                |                          |                                  |                          |
| 2. RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS DE APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES |                                                        |                             |                          |                                  |                          |
| Tipo de aporte                                                                                                       | PLANILLA                                               |                             |                          | Mes al que corresponde el aporte |                          |
| SALUD                                                                                                                | 4571987728                                             |                             |                          | SEPTIEMBRE                       |                          |
| PENSION                                                                                                              | 4571987728                                             |                             |                          | SEPTIEMBRE                       |                          |
| ARL                                                                                                                  | 4571987728                                             |                             |                          | SEPTIEMBRE                       |                          |

| CONTROL DE CAMBIOS |                     |                                                                                                                                                     |
|--------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERSIÓN No.        | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO                                                                                                                              |
| 01                 | 30.07.2019          | Ingresa el CÓDIGO CIU CONTRATISTA                                                                                                                   |
| 02                 | 12.08.2024          | Ingresa los campos de modificaciones de contratos/ notificación de posible incumplimiento/ recomendaciones de los anexos al informe de supervisión. |



**SUBPROCESO:** GESTION CONTRACTUAL  
**PROCEDIMIENTO:** APOYO ACCIONES CONTRACTUALES  
**INFORME DE INTERVENTORIA Y/O SUPERVISIÓN**

Código: 101-02.2.4  
Versión: 003  
Fecha: 12.08.2024

### 3. DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN ACTIVIDADES A CARGO DEL CONTRATISTA

Al contratista se le realizó el respectivo control y seguimiento de las obligaciones pactadas, cumplió satisfactoriamente con las actividades propuestas y el objeto contractual. Las actividades que se ejecutaron fueron las siguientes:

| 4.1 Fechas de Actividades                  | 4.2 Actividades                                           |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Del 01 de octubre al 31 de octubre de 2024 | RESULTADO                                                 | PRODUCTO | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                            | Cumplió con el 100% de dicha obligación para este periodo | 1        | Realizar un (1) plan de acción en promoción de la salud y prevención de los riesgos laborales en la población del sector informal de la economía identificados por la secretaría municipal de salud de Caicedonia                                                                                                                                                                      |
|                                            | Cumplió con el 50% de dicha obligación para este periodo  | 4        | Realizar 8 foros en autocuidado, identificación y prevención de riesgos y enfermedad laboral, afiliación a la seguridad social integral, riesgos ergonómicos, prevención en riesgos públicos, prevención y manejo de SPA, importancia de los hábitos saludables, manejo de residuos, dirigido a población mayor de 18 años, con un mismo de 480 personas atendidas durante la vigencia |

#### CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN No. | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO                                                                                                                              |
|-------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01          | 30.07.2019          | Ingresa el CÓDIGO CIUU CONTRATISTA                                                                                                                  |
| 02          | 12.08.2024          | Ingresa los campos de modificaciones de contratos/ notificación de posible incumplimiento/ recomendaciones de los anexos al informe de supervisión. |



**SUBPROCESO:** GESTION CONTRACTUAL  
**PROCEDIMIENTO:** APOYO ACCIONES CONTRACTUALES  
**INFORME DE INTERVENTORIA Y/O SUPERVISIÓN**

Código: 101-02.2.4  
Versión: 003  
Fecha: 12.08.2024

|                                            |                                                           |   |                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Del 01 de octubre al 31 de octubre de 2024 |                                                           |   | del contrato; se deben realizar encuestas de satisfacción con su respectivo análisis por cada foro realizado                                                                                                  |
|                                            | Cumplió con el 50% de dicha obligación para este periodo  | 2 | Realizar 4 inspecciones a las principales actividades económicas (GOTIS) frente a los riesgos identificados en la Matrices de peligro                                                                         |
|                                            | Cumplió con el 00,00 % de dicha                           | 0 | Realizar una (1) jornada de promoción y prevención de la seguridad y salud en el trabajo mediante una feria de salud dirigida a los trabajadores informales coordinando la logística y ejecución de la misma. |
|                                            | Cumplió con el 100% de dicha obligación para este periodo | 1 | Identificar y registrar los riesgos de acuerdo a las actividades económicas de los grupos de trabajadores informales identificados por la                                                                     |

**CONTROL DE CAMBIOS**

| VERSIÓN No. | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO                                                                                                                              |
|-------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01          | 30.07.2019          | Ingresa el CÓDIGO CIU CONTRATISTA                                                                                                                   |
| 02          | 12.08.2024          | Ingresa los campos de modificaciones de contratos/ notificación de posible incumplimiento/ recomendaciones de los anexos al informe de supervisión. |



**SUBPROCESO:** GESTION CONTRACTUAL  
**PROCEDIMIENTO:** APOYO ACCIONES CONTRACTUALES  
**INFORME DE INTERVENTORIA Y/O SUPERVISIÓN**

Código: 101-02.2.4  
Versión: 003  
Fecha: 12.08.2024

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Del 01 de octubre al 31 de octubre de 2024                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       |   | secretaría de salud municipal                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                  | Cumplió con el 50% de dicha obligación para este periodo                                                                                                                                                                                                              | 2 | Realizar 4 reuniones ordinarias de coordinación del comité municipal de seguridad y salud laboral y realizar, ejecutar y evaluar el plan de acción del comité |
| 4.3 RELACION Y DESCRIPCION DE ELEMENTOS RECIBIDOS                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |                                                                                                                                                               |
| 4.4. DESCRIPCION DE LA OBLIGACIÓN                                                                                                                | 4.5. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA EN CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES Y <u>REGISTRO FOTOGRAFICO SI APLICA O ANEXOS, se recomienda anexar las asistencias, formatos de entrega de suministros e ingresos al almacén de los mismos.</u> |   |                                                                                                                                                               |
| Realizar un (1) plan de acción en promoción de la salud y prevención de los riesgos laborales en la población del sector informal de la economía | Actividad realizada al 100%                                                                                                                                                                                                                                           |   |                                                                                                                                                               |

| CONTROL DE CAMBIOS |                     |                                                                                                                                                     |
|--------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERSIÓN No.        | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO                                                                                                                              |
| 01                 | 30.07.2019          | Ingresa el CÓDIGO CIU CONTRATISTA                                                                                                                   |
| 02                 | 12.08.2024          | Ingresa los campos de modificaciones de contratos/ notificación de posible incumplimiento/ recomendaciones de los anexos al informe de supervisión. |

|                                                                                   |                                                                                                                                                 |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  | <b>SUBPROCESO:</b> GESTION CONTRACTUAL<br><b>PROCEDIMIENTO:</b> APOYO ACCIONES CONTRACTUALES<br><b>INFORME DE INTERVENTORIA Y/O SUPERVISIÓN</b> | Código: 101-02.2.4<br>Versión: 003<br>Fecha: 12.08.2024 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| identificados por la secretaria municipal de salud de Caicedonia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Realizar 8 foros en autocuidado, identificación y prevención de riesgos y enfermedad laboral, afiliación a la seguridad social integral, riesgos ergonómicos, prevención en riesgos públicos, prevención y manejo de SPA, importancia de los hábitos saludables, manejo de residuos, dirigido a población mayor de 18 años, con un mismo de 480 personas atendidas durante la vigencia del contrato; se deben realizar encuestas de satisfacción con su respectivo análisis por cada foro realizado | <p>En el mes de octubre se realizaron 2 foros (15 de octubre 2024 y 29 de octubre 2024) al sector informal en los cuales se les tocó el tema de hábitos saludables y manejo de spa. Las capacitaciones se realizaron con el fin de que el sector informal tenga presente lo fundamental: mantener la salud y el bienestar. Se realiza con el apoyo de la psicóloga del departamento y con el PIC departamental. Se realizan encuestas de satisfacción como evaluación del tema. • Para el 85% de los encuestados los temas expuestos fueron excelentes; a un 15% les pareció bueno.</p> <p>• El 100% de los encuestados recomendaría la asistencia a este tipo de capacitaciones por parte de la Secretaría de Salud Municipal.</p> |
| Realizar 4 inspecciones a las principales actividades económicas (GOTIS) frente a los riesgos identificados en la Matrices de peligro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>En el mes de octubre se realizó inspección a la actividad económica de los fruteros; por medio de lista de chequeo se evalúan los riesgos a los que están expuestos; en las inspecciones realizadas se evidencia que no todos cuentan con elementos de protección personal, se les realiza una retroalimentación de la importancia de portales y se les pone en la lista de cheque la observación para la próxima inspección.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Realizar una (1) jornada de promoción y prevención de la seguridad y salud en el trabajo mediante una feria de salud dirigida a los trabajadores informales coordinando la logística y ejecución de la misma.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Actividad pendiente por realizar en el mes de noviembre.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| CONTROL DE CAMBIOS |                     |                                                                                                                                                     |
|--------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERSIÓN No.        | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO                                                                                                                              |
| 01                 | 30.07.2019          | Ingresa el CÓDIGO CIU CONTRATISTA                                                                                                                   |
| 02                 | 12.08.2024          | Ingresa los campos de modificaciones de contratos/ notificación de posible incumplimiento/ recomendaciones de los anexos al informe de supervisión. |



**SUBPROCESO:** GESTION CONTRACTUAL  
**PROCEDIMIENTO:** APOYO ACCIONES CONTRACTUALES  
**INFORME DE INTERVENTORIA Y/O SUPERVISIÓN**

Código: 101-02.2.4  
Versión: 003  
Fecha: 12.08.2024

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificar y registrar los riesgos de acuerdo a las actividades económicas de los grupos de trabajadores informales identificados por la secretaría de salud municipal. | Para el mes de octubre realiza la totalidad de la identificación de los diferentes riesgos por actividades económicas del municipio. La información se recolecta por medio de visitas que se realizan donde se evalúan las condiciones de cada puesto de trabajo. En este mes se realizó el registro de la economía de los fruteros, chaceras y vendedores de comida informal. La información se encuentra en la carpeta compartida de la secretaria de salud (carpeta riesgos por actividad económica). |
| Realizar 4 reuniones ordinarias de coordinación del comité municipal de seguridad y salud laboral y realizar, ejecutar y evaluar el plan de acción del comité            | En el mes de octubre se realizan 2 reuniones ordinarias, la primera el 15 de octubre del 2024 y la segunda el 22 de octubre del 2024, donde se realiza la presentación de los integrantes del comité, se socializa el decreto 088 del 2018 y se socializa el plan de acción para ejecutar en el mes de noviembre y diciembre.                                                                                                                                                                            |
| <b>4.6. REALIZAR PAGO PARCIAL POR UN VALOR DE</b>                                                                                                                        | <b>\$2.500.000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>4.7 Constancia recibo Clientes internos y externos</b>                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL CONTRATISTA O PROBLEMAS EN LA EJECUCION ATRIBUIBLES AL CONTRATISTA:</b>                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| SI___ NO___X___                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si es afirmativo describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas.                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ENTE TERRITORIAL O PROBLEMAS EN LA EJECUCION ATRIBUIBLES AL ENTE TERRITORIAL:</b>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| SI___ NO___X___                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| CONTROL DE CAMBIOS |                     |                                                                                                                                                     |
|--------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERSIÓN No.        | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO                                                                                                                              |
| 01                 | 30.07.2019          | Ingresa el CÓDIGO CIUU CONTRATISTA                                                                                                                  |
| 02                 | 12.08.2024          | Ingresa los campos de modificaciones de contratos/ notificación de posible incumplimiento/ recomendaciones de los anexos al informe de supervisión. |



**SUBPROCESO:** GESTION CONTRACTUAL  
**PROCEDIMIENTO:** APOYO ACCIONES CONTRACTUALES  
**INFORME DE INTERVENTORIA Y/O SUPERVISIÓN**

Código: 101-02.2.4  
Versión: 003  
Fecha: 12.08.2024

Si es afirmativo describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas.

**LA EJECUCION DEL CONTRATO ESTA ESTRUTURADO SOBRE UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

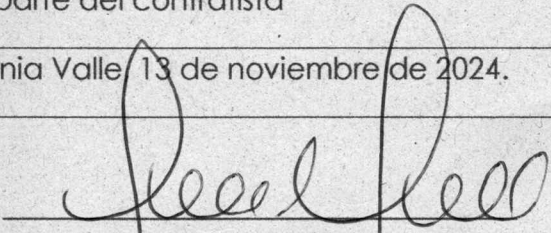
SI X NO     

Si es afirmativo deberá anexarse el cronograma con el porcentaje de avance de cada tarea o actividad

**DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA AJUSTADO A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE LOS DOCUMENTOS DEL CONTRATO (PLIEGO DE CONDICIONES, ADENDAS, PROPUESTA, CONTRATO Y OTROS DOCUMENTOS)**

SI X NO     

En caso negativo explicar detalladamente las razones por las cuales no se ha dado cumplimiento a los términos y condiciones por parte del contratista

|                                       |                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ciudad y fecha de emisión:            | Caicedonia Valle 13 de noviembre de 2024.                                                                                                       |
| Firma del interventor y/o supervisor: | <br><b>JHON MILER SANCHEZ MARIN</b><br>SECRETARIO DE SALUD. |

| CONTROL DE CAMBIOS |                     |                                                                                                               |
|--------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERSIÓN No.        | FECHA DE APROBACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO                                                                                        |
| 01                 | 30.07.2019          | Ingresa el CÓDIGO CIU CONTRATISTA                                                                             |
| 02                 | 12.08.2024          | Ingresa los campos de modificaciones de contratos/ notificación de posible incumplimiento/ recomendaciones de |