GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	CÓDIGO:CO-P1-F1
	INFORME FINAL DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN FINAL	FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1

1. DATOS DEL INFORME

INFORME No.	1	PERIODO A EVALUAR		14 DE FEBRERO DE 2025 AL 13 DE MARZO DE 2025	
CLASE (marcar con una x)	NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO	
CONTRATO	DTH-277-2025			12 DE FEBRERO DE 2024	
ORDEN CONTRACTUAL	No. CDP :	21 FECHA 7/01/2025	No. RP:	545 FECHA 13/02/2025	

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE CONTRATISTA:	LEDYS PATRICIA DIAZ LOZANO					
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	30.687.712 de Cereté.					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN LA RADICACION DE CUENTAS MÉDICAS Y VALIDACIÓN DE RIPS DE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.					
FECHA ACTA DE INICIO:	14 DE FEBRERO DE 2025					
FECHA DE TERMINACIÓN:	13 DE OCTUBRE DE 2025					
DURACIÓN:	8 MESES					
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	0					
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	13 DE OCTUBRE DE 2025					
AVANCE EN TIEMPO:	12.50%					
VALOR INICIAL	$ 39,880,000.00					
VALOR REAJUSTE:	$ 0.00					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 39,880,000.00					
FUENTE DE FINANCIACIÓN:	SPGR	X	CONVENIOS		RECURSOS PROPIOS	
	OTRO (Especifique)					

OBSERVACIONES: Periodo comprendido del 14 DE FEBRERO DE 2025 AL 13 DE MARZO DE 2025

3. ASPECTO LEGAL

GARANTÍAS:	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO 10% DEL VALOR DEL CONTRATO POR EL TERMINO DEL MISMO Y 6 MESES MÁS, CALIDAD DEL SERVICIO 10% DEL VALOR DEL CONTRATO POR EL TERMINO DEL MISMO Y 6 MESES MÁS.		
VALOR ASEGURADO INICIAL	$ 7,976,000	VIGENCIA DESDE: VIGENCIA HASTA:	DESDE EL 11/02/2025 HASTA EL 20/04/2026
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO S.A	NÚMERO DE PÓLIZA:	53-46-101016470

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA	DURACIÓN	
			DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	10%	$ 3,988,000	11/02/2025	20/04/2026
MANEJO Y BUENA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.	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
ESTABILIDAD DE LA OBRA.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
CALIDAD DEL SERVICIO.	10%	$ 3,988,000.00	11/02/2025	20/04/2026
CALIDAD DE LOS BIENES.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
PERMISOS, LICENCIAS Y DEMÁS REQUERIDOS	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

DESCRIPCIÓN DEL TRIBUTO	PAGO TOTAL	PAGO PARCIAL	ACUERDO DE PAGO			
			No. Acuerdo	Fecha Acordada	No Cuota pagada periodo	Estado da la fecha del informe
Estampilla Pro Cultura CONTRATO INICIAL: Estampilla Pro Cultura ADICION:		X				
Estampilla para el bienestar del adulto mayor (Proancianato)- CONTRATO INICIAL:		X				
Estampilla Pro Desarrollo Económico						
Estampilla Pro Desarrollo Departamental						

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

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	CÓDIGO:CO-P1-F1
	INFORME FINAL DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN FINAL	FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1

4. CUMPLIMIENTO

El contratista viene cumpliendo con las obligaciones estipuladas en el contrato de Prestación de Servicios Profesionales No.DTH-277-2025. Cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN LA RADICACION DE CUENTAS MÉDICAS Y VALIDACIÓN DE RIPS DE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.

OBLIGACIÓN a: Brindar apoyo en la recepción y revisión de las cuentas médicas que se presenten ante la secretaria de Desarrollo de la Salud del Departamento de Córdoba, de acuerdo con el procedimiento establecido.	**% CUMPLIMIENTO**	**12.5%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Durante el periodo de ejecución apoyé en la revisión de 150 facturas físicas radicadas ante la Secretaria de Desarrollo de Córdoba, por servicios en salud prestados a la población Migrante y PPNA emitidas por la E.S.E. San Diego, E.S. E San Juan, clínica regional San Jorge, E.S.E. Vida SInu, Camú Cotorra. correspondientes a los periodos: ENERO 2024, DICIEMBRE 2024, ENERO 2025, NOVIEMBRE 2024, FEBRERO 2025, JUNIO 2024, SEPTIEMBRE 2024. **E.S.E HOSPITAL SAN DIEGO_ CERETE.** enero 2025: (5 facturas) FESD201717 - FESD 203689, por valor de $2.473.225. PPNA diciembre 2024 (27 facturas) FESD 196857 - FESD 200629, por valor de $ 26.947.890. **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN_ SAHAGUN.** diciembre 2024: (21 facturas) HSJ 11884 - HSJ 15713, por valor de $ 7.247.724. enero 2025:(2 facturas) HSJ 21676 - HSJ 22413, por valor de $5.399.015. enero 2025:(20 facturas) HSJ 18330 - HSJ 24180, por valor de $7.719.060. noviembre 2024:(3 facturas) HSJ 8499 - HSJ 8876, por valor de $17.535.393. **E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN_ SAN ANTERO** febrero 2025:(1 facturas) FE 21110, por valor de $136.688. enero 2025:(4 facturas) FE 20314 - FE 20685, por valor de $448.459. **E.S.E CLINICA REGIONAL SAN JORGE. _ MONTELIBANO.** noviembre 2024:(2 facturas) FUCR 1689578 - FUCR 1690408, por valor de $856.786. **E.S.E VIDA SINU_ MONTERIA.** noviembre 2024:(8 facturas) FE 5240336 - FE 5243470, por valor de $1.470.800. junio 2024:(6 facturas) FE 5222337 - FE 5239194, por valor de $2.388.141. septiembre 2024:(4 facturas) FE 5242480 - FE 5243777, por valor de $1.368.528. junio 2024:(1 facturas) FE 5220027, por valor de $85.400. **E.S.E CAMU COTORRA_ COTORRA.** noviembre 2024:(46 facturas) NFE 2353 - NFE 2328, por valor de $19.485.500.	X	
OBSERVACIONES: No hay observaciones		

OBLIGACIÓN b: Brindar apoyo en la organización de los datos e información recibida y generada por la dependencia en el marco de la ejecución de las funciones asignadas de acuerdo a la normatividad vigente.	**% CUMPLIMIENTO**	**12.50%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Durante el periodo de ejecución apoyé en la organización de veinte cinco(25) subsanaciones surgidas del proceso de revisión de la facturación correspondientes a los servicios en salud prestados a la población Migrante y PPNA emitidas por ESE HOSPITAL SAN JUAN, ESE SAN DIEGO, VIDA SINU, CAMU COTORRA correspondientes a los periodos: noviembre 2024, septiembre 2024, junio 2025, diciembre 2024	X	
OBSERVACIONES: No hay Observaciones		

OBLIGACIÓN c: Brindar apoyo en la gestión de las bases de datos y aplicativos necesarios para el desempeño de las funciones propias de la dependencia.	**% CUMPLIMIENTO**	**12.50%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Durante el periodo de ejecución consolidé la facturación revisada en un archivo formato TXT, para darle tramite en la oficina de cuentas médicas	X	
OBSERVACIONES: No hay observaciones		

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	CÓDIGO:CO-P1-F1
	INFORME FINAL DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN FINAL	FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1

OBLIGACIÓN d: Cumplir con las demás que le asigne el supervisor del contrato, que tengan relación con el objeto contractual con calidad, oportunidad y pertinencia.	% CUMPLIMIENTO	0%

ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
Durante el periodo de ejecución NO hubo asignación de actividades por parte del supervisor del contrato, que tengan relación con el objeto contractual.		X

OBSERVACIONES: No hay 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		FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	$ 1,994,000.00
	NO	14/03/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN	X	SALUD	SANITAS S.A	4595589502-4595984177	
SENA	X	PENSIÓN	COLFONDOS	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF	X	ARL	POSITIVA CAMPAÑA DE SEGUROS S.A	mar-25	14/03/2025

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			
	NO		
APORTE DE CERTIFICADO		FECHA	

5. ASPECTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

(CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL Y LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL DESARROLLO DEL MISMO

MODIFICACIONES AL CONTRATO

MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIEMPO DE PRORROGA	VALOR DE LA ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD CONTRACTUAL	
-	-	-	$ 0.00	-	
-	-	-	$ 0.00	-	
NOMBRE DEL CEDENTE		IDENTIFICACIÓN	-	VALOR	$ 0.00
NOMBRE DEL CESIONARIO		IDENTIFICACIÓN	-		
TERMINACIÓN ANTICIPADA	ACTA DE TERMINACIÓN	SI		FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	
		NO			
CONTRATO:		DTH-277-2025			

6. ASPECTO FINANCIERO

FORMA DE PAGO CONTRATO INICIAL(Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):	ocho (8) Mensualidades vencidas cada una por la suma de: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($4.985.00)
VALOR DEL CONTRATO	$ 39,880,000
VALOR PAGADO:	$ 0
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0
SALDO:	$ 39,880,000
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($4.985.000)
NUEVO SALDO:	$ 34,895,000
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	EN TRAMITE

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	12.5%	% AVANCE FINANCIERO	0%

OBSERVACIÓN:

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.°	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)	Valor Pagado
CUENTA 1	17/03/2025	$4,985,000			$0
8. ASPECTOS AMBIENTALES					
Cumplimiento de los aspectos ambientales de acuerdo al objeto contractual (SI APLICA)					
9. RELACIÓN DE ANEXOS					

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO					CÓDIGO:CO-P1-F1
	INFORME FINAL DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN FINAL					FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN					PÁGINA: 1 de 1

DESCRIPCIÓN DE LOS ANEXOS	MARQUE CON UNA (X) LA FORMA DE PRESENCACION DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME				
	INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP II	OTRO, CUAL?
	X			X	

10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR	(Marcar con una x)			
ITEM	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
CALIDAD DEL PRODUCTO				
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO				
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD				
CALIDAD DEL SERVICIO				

OBSERVACIONES:				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	KELLY PAOLA ACUÑA LEIVA			
CARGO:	SUPERVISOR			
FIRMA:				

FECHA DE INFORME: 17 DE MARZO DE 2025