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.	3	**PERIODO A EVALUAR**		**14 DE ABRIL DE 2025 AL 13 DE MAYO DE 2025**
CLASE (marcar con una x)	**NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL**			**FECHA DEL CONTRATO**
CONTRATO	DTH-277-2025			**12 DE FEBRERO DE 2025**
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 RADICACIÓN 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:	37.5%
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 ABRIL DE 2025 AL 13 DE MAYO 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**			1	
Estampilla para el bienestar del adulto mayor (Proancianato)- CONTRATO INICIAL: Estampilla para el bienestar del adulto mayor (Proancianato ADICION:		**X**			1	
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 RADICACIÓN 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**	**37.5%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Durante el período de ejecucion la Contratista apoyó en la revisión de 75 facturas físicas radicadas ante la Secretaría de Desarrollo de Córdoba, por servicios en salud prestados a la población Migrante y PPNA, emitidas por la E.S.E. Hospital San Jerónimo, E.S.E. Hospital san José. Correspondientes a los periodos: ENERO 2025, MARZO 2025, ABRIL 2025 **E.S.E HOSPITAL SAN JERÓNIMO_ MONTERIA.** Marzo 2025: (17 facturas) FE 0200006 - FE 0201221, por valor de $40.937.668. Marzo 2025: (6 facturas) FE 0199346- FE 0201463, por valor de $710.800. marzo 2025: (5 facturas PPNA) FE 0200117 - FE 0201421, por valor de $11.045.699 abril 2025: (8 facturas) FE 0201578 - FE 0203590, por valor de $722.700. abril 2025: (17 facturas) FE 0202183 - FE 0204035, por valor de $67.187.750 abril 2025:(4 facturas PPNA) FE 0202181 – FE0204106, por valor de $13.285.400. abril 2025:(1 factura) FE 0203716, por valor de $2.589.704. **E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ** enero 2025: (17 facturas) FE22271 – FE22929, por valor de $4.786.700.	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**	**37.5%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Durante el período de ejecucion la Contratista realizó ocho (4) 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 JERÓNIMO, correspondientes a los periodos: abril 2025 PPNA, abril 2025 consulta externa.	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**	**37.5%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Durante el período de ejecucion la Contratista consolidó la facturación revisada en un archivo formato TXT, para darle tramite en la oficina de cuentas médicas.	X	
OBSERVACIONES: No hay observaciones		

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 período de ejecución NO hubo asignación de actividades por parte de la supervisora 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	**05/05/2025**	**ENTIDADES**	**NUMERO DE PLANILLA**	
CAJA DE COMPENSACIÓN	X	**SALUD**	SANITAS S.A	4598738126	
SENA	X	**PENSIÓN**	COLFONDOS	**PERIODO**	**FECHA PAGO**
ICBF	X	**ARL**	POSITIVA CAMPAÑA DE SEGUROS S.A	abr-25	**05/05/2025**

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	

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

APORTE DE CERTIFICADO		FECHA	

5. ASPECTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

(CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÈCNICAS 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		dd/mm/aaaa
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 ($4.985.000)				
VALOR DEL CONTRATO	$ 39,880,000				
VALOR PAGADO:	$ 9,970,000				
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0				
SALDO:	$ 29,910,000				
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:	$ 24,925,000				
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	EN TRAMITE				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	37.5%	% AVANCE FINANCIERO		25%
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	$ 174,475	Estampilla pro adulto mayor y procultura	$4,810,525
CUENTA 2	21/04/2025	$4,985,000	0	$ 174,475	Estampilla pro adulto mayor y procultura	$4,810,525
CUENTA 3	16/05/2025	$4,985,001				

8. ASPECTOS AMBIENTALES

Cumplimiento de los aspectos ambientales de acuerdo al objeto contractual (SI APLICA)						
9. RELACIÓN DE ANEXOS		MARQUE CON UNA (X) LA FORMA DE PRESENCACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME				
DESCRIPCIÓN DE LOS ANEXOS						
		INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP II	OTRO, CUAL?
		X			X	

10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR			(Marcar con una x)			
			EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
ITEM						
CALIDAD DEL PRODUCTO						
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO						
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD						
CALIDAD DEL SERVICIO						
OBSERVACIONES:						
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	KELLY PAOLA ACUÑA LEIVA					
CARGO:	SUPERVISOR					
FIRMA:						
	16 DE MAYO DE 2025					