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

1. DATOS DEL INFORME

INFORME No.	3	PERIODO A EVALUAR	01/06/2025 a 30/06/2025

CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO
CONTRATO		DTH-588-2025			1/4/2025
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:	10	No. RP:	1381

NOMBRE CONTRATISTA:	DIANIS KARINA PUCHE MADRID
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	1.065.013.373
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER EL PROGRAMA DE VIGUILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE SUSTANCIAS QUIMICA PLAGUICIDAS EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA
FECHA ACTA DE INICIO:	1/4/2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	25/12/2025
DURACIÓN:	OCHO (10) MESES Y VEINTICINCO (25) DIAS
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	0
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	OCHO (8) MESES Y VEINTICINCO (25) DIAS
AVANCE EN TIEMPO:	33.9%
VALOR INICIAL	$ 26.765.000
VALOR REAJUSTE:	$ 0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 26.765.000

FUENTE DE FINANCIACIÓN:						
	SPGR	X	CONVENIOS		RECURSOS PROPIOS	
	OTRO (Especifique)					

OBSERVACIONES:

3. ASPECTO LEGAL

GARANTÍAS:	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y CALIDAD DEL SERVICIO.		
VALOR ASEGURADO:	$ 5.353.000,00	VIGENCIA:	27/03/2025 HASTA 30/06/2026
ASEGURADORA:	SEGUROS MUNDIAL	NÚMERO DE PÓLIZA:	C-100094530

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA	DURACIÓN	
			DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	10%	$ 2.676.500,00	27/3/2025	30/06/2026
MANEJO Y BUENA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.				
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL EMPLEADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.				
ESTABILIDAD DE LA OBRA.				
RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)				
CALIDAD DEL SERVICIO.	10%	$ 2.676.500,00	27/3/2025	30/06/2026
CALIDAD DE LOS BIENES.				
CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS.				
PERMISOS, LICENCIAS Y DEMÁS REQUERIDOS				

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 — ESTADO PAGO (DILIGENCIAR EL ESTADO DE PAGO DE LOS TRIBUTOS, EN CASO DE HABER PAGADO EL 100% MARQUE PAGO TOTAL, EN CASO DE PAGO PARCIAL, DILIGENCIE LA INFORMACIÓN "ACUERDO DE PAGO")

DESCRIPCIÓN DEL TRIBUTO	%	CUANTIA	PAGO TOTAL	PAGO PARCIAL	ACUERDO DE PAGO			
					No. Acuerdo	Fecha Acordada	No Cuota pagada periodo	Estado de la fecha del informe
Estampilla Pro Cultura	0,5%	$ 133.825,00	$ 224.220,00	A CONVENIR	2,025E+11		2	
Estampilla para el bienestar del adulto mayor	3,0%	$ 803.000,00		A CONVENIR	2,025E+11		2	
Estampilla Pro Desarrollo Económico	2,0%							
Estampilla Pro Desarrollo Departamental	2,0%							

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

Powered by CamScanner

4. CUMPLIMIENTO		
Consolidar y analizar el 100% de los indicadores de respuesta del Laboratorio de salud pública, acorde a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y el anexo técnico de la resolución 1648 de 2018	**% CUMPLIMIENTO**	**0 %**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Esta actividad no fue ejecutada en el periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2025 al 31 de mayo de 2025, porque se ejecutó el mes pasado.		X
Participar activamente en las actividades programadas para la implementación, actualización, socialización y mantenimiento del SGC bajo la norma ISO 17025:2017, cumpliendo al 100% con los requerimientos necesarios para tal fin.	**% CUMPLIMIENTO**	**0%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
La Actividades no se llevaron a cabo durante el periodo comprendido entre el 1 y el 30 de junio de 2025.		X
Participar en las convocatorias programadas por la institución nacional de salud (INS), INVIMA y el Ministerio de la	**% CUMPLIMIENTO**	**33,90%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Las actividades se llevaron a cabo durante el periodo comprendido entre el 1 y el 30 de junio de 2025. En este marco, se participó en la capacitación sobre Salud Colectiva e Individual del programa PECAT.	X	
Apoyar a la investigación en Salud Pública y el control de IAP (intoxicaciones agudas por plaguicida) eventos, brotes y emergencias, ejecución y participación activamente en la investigación de los principales problemas de la salud pública, según las directrices nacionales y las necesidades territoriales (cuando se requiera).	**% CUMPLIMIENTO**	**0%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
La actividades no se llevaron a cabo durante el periodo comprendido entre el 1 y el 30 de junio de 2025.		X
Realizar una (1) capacitación en manejo seguro de plaguicidas de Agroquímicos en el municipio del departamento de Córdoba, excepto en montería en concertación con las UMATAS y o secretarías de desarrollo económico.	**% CUMPLIMIENTO**	**33,9%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Las actividades se llevaron a cabo durante el periodo comprendido entre el 1 y el 30 de junio de 2025. Se realizo reunión con secretaria de salud y de desarrollo económico de cotorra Ver Anexo # 2 #3	X	
Realizar actualización de uso del suelo en los diferentes municipios del departamento, deben incluir: la clase de cultivos áreas sembradas, periodo del semestre y/ o anual, cuando así lo amerite, para la toma de decisiones para el control de riesgo a exposición con base a tiempos de cosecha.	**% CUMPLIMIENTO**	**0%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
La actividad no se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre el 1 y el 30 de junio de 2025.		X
Actualizar base de datos de los plaguicidas existente en los almacenes de agroquímicos de los municipios referenciados anteriormente, clasificados por composición química, categoría toxicológica, vía de absorción nombre comercial y nombre genérico, como control a la vigilancia de expendios de plaguicidas prohibidas en el país.	**% CUMPLIMIENTO**	**33,9%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Las actividades se llevaron a cabo durante el periodo comprendido entre el 1 y el 30 de junio de 2025. Se realizo asistencia técnica a los almacenes comercializadores de plaguicidas. Ver en Anexo # 4	X	
Aplicar la encuesta a las personas seleccionadas, priorizadas y con consentimiento informado para la determinación de acetilcolinesterasa en sangre.	**% CUMPLIMIENTO**	**0,0%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Esta actividad no fue ejecutada en el periodo comprendido entre el el 01 de junio y el 30 de junio de 2025. Se programa para el mes siguiente.		X
Cumplir con los demás que le asigne el supervisor del contrato, que tengan relación con el objeto contractual, con calidad, oportunidad y pertinencia.	**% CUMPLIMIENTO**	**33,90%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Las actividades se llevaron a cabo durante el periodo comprendido entre el 1 y el 30 de junio de 2025.	x	
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	$ 1.423.500
	SI	NO	27/6/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA: 4607813267	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X	SALUD	MUTUAL SER		
SENA		X	PENSIÓN	PROTECCIÓN	PERIODO	FECHA PAGO
G		X	ARL	POSITIVA	Junio	27/6/2025

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

Powered by CamScanner

5. ASPECTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

MODIFICACIONES AL CONTRATO

MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	NÚMERO	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIEMPO DE PRORROGA	VALOR DE LA ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD CONTRACTUAL
-	-	-	-	$ 0,00	-
-	-	-	-	$ 0,00	-
-	-	-	-	$ 0,00	-

NOMBRE DEL CEDENTE	-	IDENTIFICACIÓN	-	VALOR	$ 0,00
NOMBRE DEL CESIONARIO	-	IDENTIFICACIÓN	-		

TERMINACIÓN ANTICIPADA	FECHA DE dd/mm/aa	ACTA DE TERMINACIÓN	SI		FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA
			NO		
CONTRATO:					

6. ASPECTO FINANCIERO

FORMA DE PAGO(Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):	OCHO (8) MENSUALIDADES vencidas cada una por la suma de: TRES MILLONES TREINTA MIL PESOS M/CTE ($3.030.000) y un último pago por la suma de DOS MILLONES QUINIENTOS VENTICINCO MIL PESOS M/CT. ($2.525.000). para lo cual se requiere la presentación de la cuenta de cobro acompañada del informe de actividades, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y riesgos laborales del mes correspondiente.			
VALOR DEL CONTRATO:	$ 26.765.000			
VALOR PAGADO:	$ 6.060.000			
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0			
SALDO:	$ 20.705.000			
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NUMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	TRES MILLONES TREINTA MIL PESOS M/CTE ($3.030.000)			
NUEVO SALDO:	$ 17.675.000			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	33.9%	% AVANCE FINANCIERO	22,6%
OBSERVACIÓN:				

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.°	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado
1	7/5/2025	$ 3.030.000		106.050		$ 2.923.950
2	4/6/2025	$ 3.030.000		118.170		$ 2.911.830
3	3/7/2025	$ 3.030.000				

8. ASPECTOS AMBIENTALES

Cumplimiento de los aspectos ambientales de acuerdo al objeto contractual (SI APLICA)

9. RELACIÓN DE ANEXOS

DESCRIPCIÓN DE LOS ANEXOS	MARQUE CON UNA (X) LA FORMA DE PRESENTCACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME				
	INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP II	OTRO, CUAL?
VER ANEXO 1: Lista de asistencia de capacitación de vecores de Dengue .	X	X	X	X	
VER ANEXO 2: Lista de asistencia de capacitación general del LSPD	X	X	X	X	
VER ANEXO 3: Acta de reunión con directotra de UMATA.	X	X	X	X	
VER ANEXO 4: Asistencia de capacitación en manejo seguro de plaguicidas de Agroquímicos	X	X	X	X	
VER ANEXO 5: Documento de uso de suelo.	X	X	X	X	
VER ANEXO 6: Actualización de base de datos de los plaguicidas existente en los almacenes de agroquímicos de los municipios	X	X	X	X	

10. EVALUACION DE PROVEEDOR

ITEM	(Marcar con una x) EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
CALIDAD DEL PRODUCTO	x			
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO	x			
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD	x			
CALIDAD DEL SERVICIO	x			

OBSERVACIONES: .

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FRANCISCA LOPEZ DIZ
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA:	
FECHA DE INFORME:	3/7/2025

Powered by CamScanner