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.	2	PERIODO A EVALUAR	05/09/2025 al 04/10/2025

CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO
CONTRATO	X	SS-020-2025			04 SEPTIEMBRE DE 2025
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:	522	No. RP:	4330

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE CONTRATISTA:	E.S.E CAMU DE MOÑITOS
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	812,003,455-7
OBJETO DEL CONTRATO:	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LOS GASTOS OPERACIONALES CON LOS RECURSOS DEL SUBCOMPONENTE DEL SUBSIDIO A LA OFERTA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD ASIGNADO A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU MOÑITOS PARA LA VIGENCIA 2025.
FECHA ACTA DE INICIO:	04/09/2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	30/11/2025
DURACIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERÁ HASTA EL TREINTA (30) DE NOVIEMBRE DE 2025., PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, EJECUCIÓN Y SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO.
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	0
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERÁ HASTA EL TREINTA (30) DE NOVIEMBRE DE 2025., PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, EJECUCIÓN Y SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO.
AVANCE EN TIEMPO:	70,00%
VALOR INICIAL	$ 798.735.511,00
VALOR REAJUSTE:	$ 0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 798.735.511,00

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

OBSERVACIONES: PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 05/09/2025 AL 04/10/2025

3. ASPECTO LEGAL

GARANTÍAS:					
VALOR ASEGURADO:	$ 559.114.857,42	VIGENCIA:		04/09/2025 HASTA EL 05/12/2028	
ASEGURADORA:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	NÚMERO DE PÓLIZA:		540-47-994000036602	

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA		DURACIÓN	
				DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	10%	$ 79.873.551,06		04/09/2025	03/06/2026
MANEJO Y BUENA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL EMPLEADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.	10%	$ 79.873.551,06		04/09/2025	05/12/2028
PAGO ANTICIPADO	100%	$ 319.494.204,24		04/09/2025	03/06/2026
RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
CALIDAD DEL SERVICIO.	10%	$ 79.873.551,06		04/09/2025	03/06/2026
CALIDAD DE LOS BIENES.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
PERMISOS, LICENCIAS Y DEMÁS REQUERIDOS	NO APLICA	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	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 da la fecha del informe
Estampilla Pro Cultura	0,5%							
Estampilla para el bienestar del adulto mayor	3,0%							
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

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

4. CUMPLIMIENTO

(Aquí se describe si el contratista está cumpliendo o incumpliendo sus obligaciones pactadas en el contrato)
Se pueden insertar los espacios necesarios por cada obligación contractual adquirida

OBLIGACIÓN No. 1: DE CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

% CUMPLIMIENTO: 100%

ACTIVIDADES

DESCRIPCIÓN DE LA META RESOLUCIÓN 484 DE 2024	NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE 2025	PROGRAMACIÓN FISCA DE LA META	TIPO DE META	PERIODO DE CUMLIMIENTO
De Calidad en la prestación de servicios de salud					
a) Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general	Asignación de citas igual o menor a un día	1 día	1 día	REDUCCIÓN	SEPTIEMBRE 05 A OCTUBRE 04 DE 2025 VALOR: 1 DIA META CUMPLIDA Ver anexo 1

MOSTRÓ EVIDENCIAS SI	MOSTRÓ EVIDENCIAS NO
X	

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 2: GESTION DE PRODUCCION

% CUMPLIMIENTO: 0%

ACTIVIDADES

Gestión de producción					
a) Funcionamiento de los servicios habilitados en los horarios reportados en el REPS.	Servicios habilitados reportados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.	100%	100%	MANTENIMIEN TO	SEPTIEMBRE 05 A OCTUBRE 04 2025 TODOS LOS SERVICIOS HABILITADOS DE LA ESE SE PRESTAN SEGÚN EL REPS META CUMPLIDA Ver anexo 2

MOSTRÓ EVIDENCIAS SI	MOSTRÓ EVIDENCIAS NO
X	

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 3: GESTION FINANCIERA

% CUMPLIMIENTO: 0%

ACTIVIDADES

a) Determinar gastos de operación para la prestación de los servicios en salud de la sede con periodicidad trimestral.	Recursos del Convenio asignados en gastos operacionales en los Plazos del convenio	100% recursos Incorporados, Programados y ejecutados en Gastos Operacionales	100% de recursos Incorporados, Programados y ejecutados en G. Operacionales, 50% en octubre y 50% al liquidar el convenio	GESTIÓN	SEPTIEMBRE 05 OCTUBRE 04 2025 META CUMPLIDA RESOLUCION NUMERO 109 DEL 26/09/2025 Y 001 DEL01/01/2025.
b) Determinar los ingresos que genera la sede monopolio con periodicidad trimestral.	Presentar Informe Financiero del Ingreso generado en los Plazos del convenio	NA	Presentación del Informe Financiero periódico, 50% en octubre y 50% al liquidar el convenio	GESTIÓN	SEPTIEMBRE 05 OCTUBRE 04 2025 CUMPLIDA SEGÚN REPORTE ANEXO
Fuente: Propia y Sistema de Información Hospitalaria SIHO					

MOSTRÓ EVIDENCIAS SI	MOSTRÓ EVIDENCIAS NO
X	

OBSERVACIONES:

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

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	
	SI	NO	31/10/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN	X		SALUD	SALUD TOTAL, NUEVA EPS	7990401963	
SENA			PENSIÓN	PORVENIR, PROTECCION	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			ARL	POSITIVA	OCTUBRE	7/10/2025

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

6. ASPECTO FINANCIERO

FORMA DE PAGO(Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):	El valor del contrato a suscribir se pagará de la siguiente manera: El Departamento realizará un primer giro y/o transferencia, correspondiente al 40% del valor de los recursos asignados a la firma y legalización del convenio, un 30% se giraran en el primer mes de ejecución del convenio, y un 30% restantes con la finalización de la ejecución del convenio.			
VALOR DEL CONTRATO:	$ 798.735.511,00			
VALOR PAGADO:	$ 319.494.204			
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0			
SALDO:	$ 479.241.307			
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	Doscientos treinta y nueve millones seiscientos veinte mil seiscientos cincuenta y tres con cincuenta centavos M/CTE ($239.620.653,50)			
NUEVO SALDO:	$ 239.620.653,50			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	15541, EN TRAMITE			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	70%	% AVANCE FINANCIERO	30,00%

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado
1	22/09/2025	$ 319.494.204,00				$ 319.494.204,00
2	20/11/2025	$ 239.620.653,50				$ -

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 PRESENCACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME				
	INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP II	OTRO, CUAL?
DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	X			X	
GESTIÓN DE PRODUCCIÓN	X			X	
GESTION FINACIERA	X			X	

10. EVALUACIÓN 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:	FERNANDO LUIS PALOMINO
CARGO:	SUPERVISOR
FIRMA:	
FECHA DE INFORME:	20/11/2025