

 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.	UNICA	PERIODO A EVALUAR	18 de noviembre al 11 de diciembre DE 2025	
CLASE (marcar con una x)	NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL		FECHA DEL CONTRATO	
CONTRATO	X	DTH-1456-2025		18 de noviembre de 2025
ORDEN CONTRACTUAL	No. CDP:	789	No. RP:	5497

### 2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE CONTRATISTA:	JUAN CARLOS BOHORQUEZ HUMANEZ			
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	1.063.082.156			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO A LA DIRECCIÓN DE RENTAS DE LA SECRETARIA DE HACIENDA DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA			
FECHA ACTA DE INICIO:	18 de NOVIEMBRE DE 2025			
FECHA DE TERMINACIÓN:	11 DE DICIEMBRE DE 2025			
DURACIÓN:	UNO (01) MESES, contados a partir de la fecha de inicio del contrato en secp II, cumplidos los requisitos de ejecución del contrato, sin que en ningún caso sobrepase la vigencia 2025.			
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	NO APLICA			
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	UNO (01) MESES			
FECHA DE TERMINACIÓN CON LA PRORROGA:	NO APLICA			
AVANCE EN TIEMPO:	UNO (01) MESES			
VALOR INICIAL:	\$ 4.510.000			
VALOR REAJUSTE:	\$ 0			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 4.510.000			
FUENTE DE FINANCIACIÓN:	SPGR	CONVENIOS	RECURSOS PROPIOS	X
	OTRO (Especifique)			

OBSERVACIONES: Periodo comprendido entre el 18 de noviembre al 11 de diciembre DE 2025

### 3. ASPECTO LEGAL

GARANTÍAS:	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y CALIDAD DEL SERVICIO			
VALOR ASEGURADO:	\$ 902.000,00	VIGENCIA DESDE:	12 DE NOVIEMBRE DE 2025	
AMPLIACIÓN VALOR ASEGURADO:	\$ 0,00	VIGENCIA HASTA:	30 DE JUNIO DE 2026	
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO	VIGENCIA DESDE:	0,00	
		VIGENCIA HASTA:	53-44-101041678	
		NUMERO DE PÓLIZA:		

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA		DURACIÓN	
				DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	10%	\$ 2.255.000,00		12/11/2025	30/06/2026
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	NO APLICA
ESTABILIDAD DE LA OBRA.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
CALIDAD DEL SERVICIO.	10%	\$ 2.255.000,00		12/11/2025	30/06/2026
CALIDAD DE LOS BIENES.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
RECTO 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 Inicial:	0,5%	\$ 112.750,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla para el bienestar del adulto mayor Inicial:	3,0%	\$ 676.500,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro Desarrollo Económico	2,0%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro Desarrollo Departamental	2,0%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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

### 4. CUMPLIMIENTO

 DEPARTAMENTO DE CORDOBA	FORMATO				CÓDIGO:CO-P1-F1
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN				FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN				PÁGINA: 1 de 1
(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					
A) Brindar apoyo en la proyección del informe de recaudo de los impuestos departamentales con una periodicidad de 15 días			% CUMPLIMIENTO	100%	
ACTIVIDADES			MOSTRÓ EVIDENCIAS		
1. APOYE EN LA PROYECCION DEL INFORME DEL RECAUDO REALIZADO POR LA GOBERNACION DE CORDOBA, CON FECHA DE CORTE AL 31 DE OCTUBRE DEL 2025 QUEDANDO PENDIENTE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE LLEVANDO UN CONTROL DETALLADO DE LAS DIFERENTES VARIACIONES QUE TENGAN CADA IMPUESTOS			SI	NO	
			X		
OBSERVACIONES:					
B) Brindar apoyo en la verificación de los pagos de las estampillas departamentales y la tasa pro deporte y recreación de acuerdo al nuevo esquema de recaudo, contemplados en la ordenanza No. 008 de 2024.			% CUMPLIMIENTO	0%	
ACTIVIDADES			MOSTRÓ EVIDENCIAS		
NO SE REALIZO ESTA ACTIVIDAD			SI	NO	
				X	
OBSERVACIONES:					
C) Brindar apoyo en las solicitudes de las novedades presentadas por las concesionarios y organismos de tránsito del departamento.			% CUMPLIMIENTO	100%	
ACTIVIDADES			MOSTRÓ EVIDENCIAS		
1. Apoye en la revisión, a la dirección de renta al ingreso de vehículos nuevos un total de 556 , 386 liquidaciones de vehículo, 442 declaraciones y 55 actualizaciones			SI	NO	
			X		
OBSERVACIONES:					
D) Brindar apoyo en la organización, seguimiento y proyección de las respuestas a los PQR que se radican en la dirección de rentas relacionados con el impuesto de vehículo automotor y las estampillas departamentales.			% CUMPLIMIENTO	100%	
ACTIVIDADES			MOSTRÓ EVIDENCIAS		
1. realice recepción y registro de PQR dirigidas a la oficina de el dr jose garcia, distribuyendo a los diferentes areas para su respectiva respuesta.			SI	NO	
			x		
OBSERVACIONES:					
E) Cumplir con las demás que le asigne el supervisor del contrato, que tengan relación con el objeto contractual, con calidad, oportunidad y pertinencia.			% CUMPLIMIENTO	100%	
ACTIVIDADES			MOSTRÓ EVIDENCIAS		
1. Apoye en el area de vehiculos con la atencion de contribuyentes, para el pago de impuestos, registro y actualizacion de vehiculos y propietarios			SI	NO	
			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	\$ 1.804.000
CAJA DE COMPENSACION	SI NO	30/11/2025 - 31/12/202	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
SENA	X	SALUD	SALUD TOTAL	4630645855 - 4630125241	
ICBF	X	PENSIÓN	PORVENIR	PERIODO	FECHA PAGO
		ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	NOVIEMBRE - DICIEMBRE	02/12/2025 - 13/11/2025
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					
PERSONA JURIDICA REPRESENTANTE LEGAL					
APORTE DE CERTIFICADO	SI NO	FECHA			
	X				
5. ASPECTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO					
(CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS EN RELACION AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL Y LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL DESARROLLO DEL MISMO					
EL CONTRATISTA CUMPLE CON TODAS LA ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS EN RELACION 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
N/A					
-	-	-	-	\$ 0,00	-
-	-	-	-	\$ 0,00	-
NOMBRE DEL CEDENTE	-	IDENTIFICACIÓN	-	VALOR	\$ 0,00
NOMBRE DEL CESIONARIO	-	IDENTIFICACIÓN	-		



FORMATO

CÓDIGO:CO-P1-F1

INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN

FECHA: 28/01/2022

PROCESO DE CONTRATACIÓN

PÁGINA: 1 de 1

TERMINACIÓN ANTICIPADA	FECHA DE TERMINACIÓN N	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 pagara de la siguiente manera: UNICA (01) mensualidad vencidas, cada una por la suma de CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE. (\$4.510.000), para lo cual se requiere la presentación de la cuenta de cobro acompañada del informe de actividades y 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.			
FORMA DE PAGO DE LA ADICION (Anexar forma de pago de la adición, cuadro de cantidades (si aplica)):	NO APLICA			
VALOR DEL CONTRATO:	\$ 4.510.000			
VALOR DE LA ADICION:	N/A			
VALOR DEL CONTRATO + LA ADICION:	N/A			
VALOR PAGADO:	\$ 0			
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	\$ 0			
SALDO:	\$ 4.510.000			
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE. (\$4.510.000)			
NUEVO SALDO:	\$ 0			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	Pago N°1: en tramite			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL	% AVANCE FISICO	100,00%	% AVANCE FINANCIERO	0%

RVACIÓN:

## 7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)	Valor Pagado
pago UNICO	11/12/2025	\$ 4.510.000	\$ 0		

## 8. ASPECTOS AMBIENTALES

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

NO APLICA

## 9. RELACIÓN DE ANEXOS

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?
ACTIVIDADES EN PDF INDIVIDUALES CADA UNA CON EL RESPECTIVO NOMBRE QUE IDENTIFICA LA	X			X	

## 10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR

ITEM	(Marcar con una x)			
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
CALIDAD DEL PRODUCTO				
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO				
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD				
CALIDAD DEL SERVICIO				
OBSERVACIONES:				
NOMBRE DEL SUPERVISOR: CALIXTO ANDRES ACOSTA MARTINEZ				
CARGO: DIRECTOR DE RENTAS				
FIRMA:				
FECHA DE INFORME: 11/12/2025				