



 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.	1		PERIODO A EVALUAR		15/08/2024 al 10/10/2025			
CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO			
CONTRATO		SS-011-2025			15 DE AGOSTO DEL 2025			
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:	146	No. RP:	3777			
2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO								
NOMBRE CONTRATISTA:		FUNDACION IMAT						
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:		900.629.819-0						
OBJETO DEL CONTRATO:		CONVENIO DE ASOCIACIÓN CON UNA ESAL PARA EL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN LA GESTIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.						
FECHA ACTA DE INICIO:		15/08/2025						
FECHA DE TERMINACIÓN:		29/12/2025						
DURACIÓN:		EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERÁ DE CUATRO MESES Y MEDIO (4,5) MESES, 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 DE CUATRO MESES Y MEDIO (4,5) MESES, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, EJECUCIÓN Y SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO						
AVANCE EN TIEMPO:		El avance del tiempo de ejecución a la fecha de esta acta parcial corresponde a un (1) mes y veintidós (25) días.						
VALOR INICIAL:		\$ 856.870.144,00						
VALOR REAJUSTE:		\$ 0,00						
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 856.870.144,00						
FUENTE DE FINANCIACIÓN:		SPGR	CONVENIOS	<input checked="" type="checkbox"/>	RECURSOS PROPIOS			
FUENTE DE FINANCIACIÓN:		OTRO (Especifique)						
OBSERVACIONES: PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 22/09/2025 AL 10/10/2025								
3. ASPECTO LEGAL								
GARANTÍAS:								
VALOR ASEGURADO:		\$ 385.591.596,80			VIGENCIA: 14/08/2025 HASTA EL 30/06/2026			
ASEGURADORA:		ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			NUMERO DE PÓLIZA: 520-47-994000052726			
CLASES DE GARANTÍAS		%	CUANTÍA		DURACION			
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.		10%	\$ 85.687.015,00		DESDE	HASTA		
MANEJO Y BUENA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.		100%	\$ 171.374.028,80		14/08/2025	30/06/2026		
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL EMPLEADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.		20%	\$ 42.843.508,00		14/08/2025	31/12/2028		
PAGO ANTICIPADO		NO APLICA	NO APLICA		NO APLICA	NO APLICA		
RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL (PREMIOS, OPERACIONES Y LABORES)		33%	\$ 284.700.000,00		14/08/2025	31/12/2025		
CALIDAD DEL SERVICIO.		10%	\$ 85.687.015,00		14/08/2025	30/06/2026		
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		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%	\$ 2.089.118		X		30%	Pagado
Estampilla para el bienestar del adulto mayor		3,0%	\$ 12.594.680		X		30%	Pagado
Estampilla Pro Deporte y recreación		2,5%	\$ 10.495.590		X		30%	Pagado
Estampilla Pro Desarrollo Departamental		2,0%	\$ 8.398.472		X		30%	Pagado
Estampilla Pro Universidad		2,0%	\$ 8.398.472		X		30%	Pagado
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		
	PROCESO DE CONTRATACIÓN		
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: Garantizar la contratación de personal idóneo de acuerdo con los perfiles definidos en los documentos del proceso y en la cantidad suficiente para el cumplimiento oportuno de las actividades propias del convenio y de acuerdo a su plan de trabajo y cronograma revisado y avalado por el supervisor asignado dando cumplimiento a la calidad cantidad y oportunidad.	% CUMPLIMIENTO	100%	
ACTIVIDADES			
MOSTRÓ EVIDENCIAS			
SI NO			
Conformación y Garantía del Equipo Multidisciplinario: la ESAL Garantizará el recurso humano suficiente durante toda la ejecución del proyecto, para la ejecución del objeto contractual para acciones de dirección y de apoyo técnico. Este personal deberá realizar dos reuniones de articulación con el supervisor (una al inicio y una al final). Asegurar la disponibilidad del talento humano según los perfiles y tiempos establecidos.	X		
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 2: Entregar a la Secretaría de Desarrollo de la Salud del Departamento de Córdoba en medio magnético el video educativo, así como la certificación de emisión de los programas radiales.	% CUMPLIMIENTO	33%	
ACTIVIDADES			
MOSTRÓ EVIDENCIAS			
SI NO			
Descripción técnica del video educativo, este producto, debe contener lo siguiente: Preproducción, producción y postproducción de un video didáctico educativo con duración máxima de 4 minutos, contenido relacionado con el proyecto y concertado con el supervisor del contrato. Descripción técnica de los microprogramas radiales: Temática: Prevención de los diferentes tipos de cáncer. Temas a desarrollar: prevención, valoración y detección temprana del cáncer de mama, colon, cérvix, pulmón y próstata; cáncer infantil. El cual deberá ser entregado al personal capacitado y a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba para difusión en las redes sociales de la Gobernación. Microprograma radial de 15 minutos de duración, una vez por semana por un periodo de 4 meses. Frecuencia FM. Debe incluir transmisión vía streaming. 2 microprogramas mensuales por 4 meses, para un total de 8 microprogramas.	X		
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 3: Garantizar el espacio en el cual se realizarán las actividades de lanzamientos y cierre, así como los eventos de formación detallados en el presupuesto.	% CUMPLIMIENTO	50%	
ACTIVIDADES			
MOSTRÓ EVIDENCIAS			
SI NO			
Se garantizó el espacio para el lanzamiento, cumpliendo con los requerimientos definidos en el convenio y con capacidad para un aforo de 200 personas.	X		
OBLIGACIÓN No. 4: Entregar y socializar informe final de las actividades desarrolladas, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de salud y protección social, y anexar en medio físico y magnético con sus bases de datos.	% CUMPLIMIENTO	0%	
ACTIVIDADES			
MOSTRÓ EVIDENCIAS			
SI NO			
FORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN, VALORACIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA, COLÓN, CÉRVIX, PULMÓN Y PRÓSTATA. Realizar actividad de formación en campo sobre la identificación de signos y síntomas de alerta en la valoración inicial del cáncer mama, pulmón, colorrectal, cérvix, próstata y piel, y herramientas para la prevención de las patologías que aplique, el aforo de la actividad será para 60 personas CADA JORNADA cuyo personal objetivo es médico asistencial de las EAPB y prestadores de servicios de salud públicos y privados de baja, mediana y alta complejidad de los Municipios del Departamento de Córdoba. FORMACIÓN SOBRE DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER PEDIÁTRICO. Realizar dos jornadas de formación en municipios, sobre signos y síntomas para detección temprana del cáncer pediátrico, ruta de gestión de pacientes, AIEPI oncológica y ruta para restitución de derechos de paciente pediátrico. El aforo de la actividad será para 60 personas cuyo personal objetivo es médico asistencial de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y privados de baja, mediana y alta complejidad de los 29 municipios pertenecientes al departamento Córdoba. FORMACIÓN SOBRE DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER PEDIÁTRICO. Formación de docentes como vigías para la detección temprana del cáncer infantil. Realizar dos jornadas de formación para los docentes, rectores, coordinadores, directores de escuelas rurales y psicoorientadores de colegios públicos y privados de los municipios pertenecientes al departamento Córdoba. La formación se centrará en los signos de alerta para la detección temprana del cáncer infantil, a esta actividad serán invitados el rector, el coordinador académico y psico-orientador de cada colegio. La duración de cada jornada será de 8 horas.	X		
OBLIGACIÓN No. 5: Atender las directrices y condiciones técnicas de la Secretaría de Desarrollo de la Salud del Departamento de Córdoba para la ejecución del contrato, en articulación permanente con los referentes técnico-administrativos del programa, y la supervisión del contrato.	% CUMPLIMIENTO		
ACTIVIDADES			
MOSTRÓ EVIDENCIAS			
SI NO			
Desarrollo de reuniones de concertación, acompañamiento y seguimiento con los referentes técnico-administrativos y la supervisión del convenio, atendiendo las directrices y condiciones técnicas impartidas por la Secretaría de Desarrollo de la Salud, con el fin de garantizar la ejecución adecuada y articulada del proceso	X		
OBLIGACIÓN No. 6: Garantizar según lo requerido para cada actividad a realizar, los refrigerios, almuerzos, Kits para formación, rotafolios, diplomas, entre otros.	% CUMPLIMIENTO	50%	
ACTIVIDADES			
MOSTRÓ EVIDENCIAS			
SI NO			
Refrigerio Menú 11: Crepe de pollo(250grs).Pan (50gr). Bebida refrescante 400ml. Almuerzo Menú gourmet 1 con menaje: Arroz especial (100grs). Medallón de proteína (escoger 1: lomo de cerdo, res, pechuga en salsa) (250grs). Carbohidrato (100grs). Ensalada de verduras frescas o calientes(50grs). Bebida refrescante 400ml. Postre(50grs). Kit para cada asistente que contiene (cuaderno de 15cm x 25cm pasta dura brandeado con imagen del proyecto y logos institucionales, lapicero marcado con logos institucionales, pin alusivo a la campaña y bolsa mercada con la campaña y logos institucionales). Rotafolio en papel propalote 200 grs, 10 hojas, full color, tamaño CARTA, impreso a dos caras, soporte en tripode en cartón mate, argollado doble, contenido se concertará con el supervisor del contrato. Diseño e impresión de diplomas personalizados full color tamaño 28 x 22 centímetros elaborado en papel opalina 200 grs.	X		
OBLIGACIÓN No. 7: Proporcionar evidencias fotográficas y listados de asistencia del lanzamiento del proyecto.	% CUMPLIMIENTO	100%	
ACTIVIDADES			
MOSTRÓ EVIDENCIAS			
SI NO			
LANZAMIENTO DEL PROYECTO: Realizar el lanzamiento del proyecto por medio de convocatoria conjunta entre la ESAL, la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba, invitando a las EAPB, prestadores de servicios de salud públicos y privados de baja, mediana y alta complejidad, para dar a conocer el cronograma de actividades enfocado en el fortalecimiento de la detección temprana del cáncer de mama, colorrectal, cérvix, próstata, pulmón, piel y cáncer pediátrico, al igual que las estrategias para la prevención en patologías de cáncer que apliquen tanto para población adulta como pediátrica. La convocatoria se realizará a los 30 municipios del Departamento de Córdoba, los temas que serán desplegados en esta actividad serán enfocados en estadísticas actuales de la incidencia de cáncer en el departamento, presentación del consejo departamental de cáncer infantil, enfoque de atención en redes integrales e integradas de atención en salud, gestión de la ruta oncológica de cáncer de la IPS de referencia, impacto de la detección temprana del cáncer de mama, pulmón, cérvix, próstata y colorrectal y piel, principales indicadores trazadores para la gestión de los pacientes incidentes de la cuenta de alto costo, que viene para generar mejores resultados. El aforo de esta actividad será de 200 personas, con una duración de 4 horas, se realizará de manera presencial en la ciudad Montería, congregando a los representantes de las áreas administrativas y asistenciales de los municipios que conforman el departamento de Córdoba.	X		
OBLIGACIÓN No. 8: Entregar a la Secretaría de Desarrollo de la Salud del Departamento de Córdoba para cada formación, listado de casos usados con su solución esperada (anexo técnico), fotos de cada grupo trabajando y exponiendo, listado de asistencia, rúbrica de evaluación del facilitador por grupo y un informe corto del formador con observaciones sobre desempeño general, y certificado de asistencia con la intensidad horaria.	% CUMPLIMIENTO	50%	
ACTIVIDADES			
MOSTRÓ EVIDENCIAS			
SI NO			
Anexo técnico: División en grupos pequeños: 6 grupos de 10 personas o 10 grupos de 6 personas, dependiendo del espacio, cada grupo recibe un caso clínico realista, adaptado al tema de la capacitación, cada grupo analiza el caso e identifica: síntomas, diagnóstico presuntivo, posibles pruebas, diagnóstico definitivo y plan de acción básico. Cada grupo expone su caso y solución. El facilitador hace retroalimentación inmediata. Evaluación por parte del formador: el médico especialista observa, toma nota de la exposición y usa una rúbrica sencilla para valorar la comprensión de cada grupo. Evidencia fotográfica de la ejecución de cada jornada formativa. Certificado de asistencia con intensidad horaria: Diseño e impresión de diplomas personalizados full color tamaño 28 x 22 centímetros elaborado en papel opalina 200 grs.	X		
OBLIGACIÓN No. 9: Proporcionar evidencias fotográficas y listados de asistencia del cierre del proyecto.	% CUMPLIMIENTO	0%	
ACTIVIDADES			
MOSTRÓ EVIDENCIAS			
SI NO			
CIERRE DEL PROYECTO: Se realizará el cierre del proyecto por medio de convocatoria conjunta entre la ESAL y la Secretaría de Salud de Córdoba, invitando a las EAPB, prestadores de servicios de salud públicos y privados de baja, mediana y alta complejidad que participaron, con el fin de dar a conocer los resultados de la ejecución de la estrategia "todos en red, construyendo mejores resultados", enfocada en fortalecer el conocimiento para la detección temprana del cáncer de mama, colon, cérvix, próstata, pulmón, piel y cáncer infantil, al igual que las estrategias para la prevención en patologías de cáncer que apliquen tanto para población adulta como pediátrica. La convocatoria se realizará a los 30 municipios del departamento de Córdoba. El aforo de esta actividad será de 200 personas, con una duración de 4 horas, se realizará de manera presencial, y se realizará a los representantes de las áreas administrativas y asistenciales de los municipios que conforman el departamento de Córdoba.	X		
OBLIGACIÓN No. 10: Comunicar de manera oportuna a la supervisión del contrato y a la Secretaría de desarrollo de la Salud del Departamento de Córdoba las dificultades presentadas que puedan poner en riesgo el logro del objeto del convenio en mención, y en caso de ser necesario, convocar a reuniones extraordinarias y presentar las respectivas propuestas para superar las dificultades evidenciadas.	% CUMPLIMIENTO		
ACTIVIDADES			
MOSTRÓ EVIDENCIAS			
SI NO			
Desarrollo de reuniones de acompañamiento y seguimiento con los referentes técnico-administrativos y la supervisión del convenio, informando de manera oportuna las dificultades identificadas durante la ejecución y las acciones propuestas para su superación.	X		

		FORMATO INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN				CÓDIGO: CO-P1-F1 FECHA: 28/01/2022	
		PROCESO DE CONTRATACIÓN				PÁGINA: 1 de 1	
ACTIVIDADES Elaborar el informe final de gestión del convenio, consolidando la información correspondiente a la ejecución total de las jornadas formativas. Este informe deberá incluir: las actas de cada capacitación, Estados de asistencia, evidencias fotográficas, anexos técnicos de los casos analizados, informe del área de comunicaciones con los reportes de redes sociales, y la evidencia de los productos comunicativos desarrollados (microprogramas radiales y video educativo), todo conforme a los lineamientos establecidos por el supervisor.		MOSTRÓ EVIDENCIAS SI NO				X	
OBLIGACIÓN No. 12: Disponer los recursos aportados por el Departamento de Córdoba en las actividades de qué trata el alcance del objeto del presente convenio.		% CUMPLIMIENTO					
ACTIVIDADES Disponer de los recursos aportados por el Departamento de Córdoba para la ejecución del lanzamiento del convenio, el desarrollo de estrategias de convocatoria y difusión a través de medios de comunicación y redes sociales, así como para la realización de las jornadas formativas en detección temprana de los cánceres de mama, cervicec, próstata, pulmón, colon, piel e infantil.		MOSTRÓ EVIDENCIAS SI NO					
OBLIGACIÓN No. 13: Reembolsar al Departamento de Córdoba los saldos no ejecutados, a la finalización del convenio, si hubiere lugar.		% CUMPLIMIENTO					
ACTIVIDADES Reembolsar al Departamento de Córdoba los saldos no ejecutados, a la finalización del convenio, si hubiere lugar.		MOSTRÓ EVIDENCIAS SI NO					
OBLIGACIÓN No. 14: Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión de la ejecución del convenio durante y posterior a su vigencia contractual, dicha información no deberá ser revelada por ningún medio electrónico, verbal, escrito u otro, ni total ni parcialmente, sin contar con previa autorización del Departamento de Córdoba.		% CUMPLIMIENTO					
ACTIVIDADES Implementar y mantener protocolos de manejo confidencial de la información generada o conocida durante la ejecución del convenio. Esto incluye el resguardo seguro de documentos físicos y digitales, la restricción de acceso únicamente al personal autorizado, y asegurar que ninguna información sea divulgada, total o parcialmente, por ningún modo sin autorización previa y expresa del Departamento de Córdoba, tanto durante la vigencia del convenio como después de su finalización.		MOSTRÓ EVIDENCIAS SI NO					
OBLIGACIÓN No. 15: Facilitar la supervisión del convenio, el acceso a la información y la documentación inherentes a la ejecución del mismo.		% CUMPLIMIENTO					
ACTIVIDADES Brindar al supervisor del convenio acceso oportuno y transparente a toda la información y documentación relacionada con la ejecución, incluyendo informes y soportes técnicos y administrativos, y atender las solicitudes de verificación, revisión y seguimiento formuladas por el supervisor.		MOSTRÓ EVIDENCIAS SI NO					
OBLIGACIÓN No. 16: Las demás que por conveniencia en el desarrollo del proyecto sean necesarias o se requieran.		% CUMPLIMIENTO					
ACTIVIDADES Ejecutar de manera oportuna todas las acciones complementarias que se requieran para el adecuado desarrollo del convenio, atendiendo las orientaciones del supervisor y las necesidades que surjan durante la ejecución, con el fin de garantizar el cumplimiento integral de los objetivos y resultados del proyecto.		MOSTRÓ EVIDENCIAS SI NO					
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
CAROLINA MARIA GRACIA RAMOS SI NO				15/09/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		MUTUAL SER	
SENA		X		PENSIÓN		PROTECCIÓN	
ICBF		X		ARL		POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	
PERIODO		2025/08		FECHA PAGO		19/09/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
LINA MARIA SANDE NOVOA SI NO				9/09/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		SANITAS	
SENA		X		PENSIÓN		PORVENIR	
ICBF		X		ARL		POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	
PERIODO		2025/08		FECHA PAGO		19/09/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
MARIA JOSE AGUDELO URIBE SI NO				4/09/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		EPS SURA	
SENA		X		PENSIÓN		PROTECCIÓN	
ICBF		X		ARL		POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	
PERIODO		2025/08		FECHA PAGO		19/09/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
LUISA FERNANDA NOVA NEGRETE SI NO				22/09/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		NUEVA E.P.S	
SENA		X		PENSIÓN		COLPENSIONES	
ICBF		X		ARL		POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	
PERIODO		2025/08		FECHA PAGO		25/09/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
MARIA CAROLINA ROBLES BUELVAS SI NO				9/09/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		EPS MUTUAL SER	
SENA		X		PENSIÓN		PROTECCIÓN	
ICBF		X		ARL		POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	
PERIODO		2025/08		FECHA PAGO		19/09/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
SORAYA ISABEL MONTANO ORTIZ SI NO				4/09/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		SALUD TOTAL	
SENA		X		PENSIÓN		COLPENSIONES	
ICBF		X		ARL		ARL SURA	
PERIODO		2025/08		FECHA PAGO		19/09/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
MANUEL ENRIQUE GONZALEZ FERNANDEZ SI NO				9/09/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		SALUD TOTAL	
SENA		X		PENSIÓN		COLPENSIONES	
ICBF		X		ARL		ARL SURA	
PERIODO		2025/08		FECHA PAGO		19/09/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
CAROLINA MARIA GRACIA RAMOS SI NO				16/10/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		MUTUAL SER	
SENA		X		PENSIÓN		PROTECCIÓN	
ICBF		X		ARL		POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	
PERIODO		2025/09		FECHA PAGO		16/10/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
LINA MARIA SANDE NOVOA SI NO				9/10/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		SANITAS	
SENA		X		PENSIÓN		PORVENIR	
ICBF		X		ARL		POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	
PERIODO		2025/09		FECHA PAGO		10/10/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
MARIA JOSE AGUDELO URIBE SI NO				6/10/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		EPS SURA	
SENA		X		PENSIÓN		PROTECCIÓN	
ICBF		X		ARL		POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	
PERIODO		2025/09		FECHA PAGO		7/10/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
LUISA FERNANDA NOVA NEGRETE SI NO				23/10/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		NUEVA E.P.S	
SENA		X		PENSIÓN		COLPENSIONES	
ICBF		X		ARL		POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	
PERIODO		2025/09		FECHA PAGO		16/10/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
MARIA CAROLINA ROBLES BUELVAS SI NO				9/10/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		EPS MUTUAL SER	
SENA		X		PENSIÓN		PROTECCIÓN	
ICBF		X		ARL		POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	
PERIODO		2025/09		FECHA PAGO		10/10/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
SORAYA ISABEL MONTANO ORTIZ SI NO				6/10/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		SALUD TOTAL	
SENA		X		PENSIÓN		COLPENSIONES	
ICBF		X		ARL		ARL SURA	
PERIODO		2025/09		FECHA PAGO		7/10/2025	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA		PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
MANUEL ENRIQUE GONZALEZ FERNANDEZ SI NO				9/10/2025		ENTIDADES	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X		SALUD		SALUD TOTAL	
SENA		X		PENSIÓN		COLPENSIONES	
ICBF		X		ARL		ARL SURA	
PERIODO		2025/09		FECHA PAGO		8/10/2025	
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			

	FORMATO				CÓDIGO: CO-P1-F1
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN				FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN				PÁGINA: 1 de 1
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
	del mes/año			NO	
6. ASPECTO FINANCIERO					
FORMA DE PAGO (Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):	CLÁUSULA TERCERA. FORMA DE PAGO: El valor del convenio se pagará de la siguiente manera: a) ANTICIPO: El Departamento entregará en calidad de anticipo, el valor correspondiente al veinte por ciento (20%) del valor del convenio cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. AMORTIZACIÓN DEL ANTICIPO: El Anticipo será amortizado en las actas parciales y/o en el final, en la misma proporción del valor entregado en calidad de anticipo. EL VALOR DEL CONVENIO equivalente al CIENTO POR CIENTO (100%), se pagará de la siguiente manera: Mediante actas parciales, cuyo primer pago no podrá ser inferior (20%) del valor total del convenio, previa presentación del informe parcial de ejecución del objeto contractual y amortización del anticipo.				
VALOR DEL CONVENIO:					\$ 856.870.144,00
APORTE DEL CONVENIANTE:					\$ 599.748.185,00
APORTE DEL CONVENIADO:					\$ 257.121.959,00
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:					\$ 0
SALDO:					\$ 599.748.185,00
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	Dochientos noventa y nueve millones ochocientos setenta y cuatro mil noventa y dos pesos con cincuenta centavos moneda corriente (\$298.874.092,50 M/CTE)				
NUEVO SALDO:					\$ 299.874.092,50
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	EN TRAMITE, EN TRAMITE				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO		50%	% AVANCE FINANCIERO	
				0,00%	
7. ASPECTO CONTABLE					
Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)	Valor Pagado
					\$ -
					\$ -
8. ASPECTOS AMBIENTALES					
Cumplimiento de los aspectos ambientales de acuerdo al objeto contractual (SI APLICA)					
9. RELACION DE ANEXOS					
DESCRIPCIÓN DE LOS ANEXOS	MARQUE CON UNA (X) LA FORMA DE PRESENCIA 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	x	x	
GESTIÓN DE PRODUCCIÓN					
GESTIÓN FINANCIERA					
10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR					
		(Marcar con una x)			
ITEM	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	
CALIDAD DEL PRODUCTO	x				
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO	x				
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD	x				
CALIDAD DEL SERVICIO	x				
OBSERVACIONES:					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	VIVIANA PAOLA GONZÁLEZ ÁLVAREZ				
CARGO:	SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD 22 DE SEPTIEMBRE DE 2025 - 10 DE OCTUBRE DE 2025				
FIRMA:	<i>Viviana González</i>				
FECHA DE INFORME:					

92

 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.	1		PERIODO A EVALUAR		15/08/2024 al 10/10/2025			
CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO			
CONTRATO		SS-011-2025			15 DE AGOSTO DEL 2025			
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:	146	No. RP:	3777			
2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO								
NOMBRE CONTRATISTA:		FUNDACION IMAT						
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:		900 629 819-0						
OBJETO DEL CONTRATO:		CONVENIO DE ASOCIACIÓN CON UNA ESAL PARA EL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN LA GESTIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.						
FECHA ACTA DE INICIO:		15/08/2025						
FECHA DE TERMINACION:		29/12/2025						
DURACIÓN:		EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERÁ DE CUATRO MESES Y MEDIO (4.5) MESES, 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 DE CUATRO MESES Y MEDIO (4.5) MESES, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, EJECUCIÓN Y SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO						
AVANCE EN TIEMPO:		El avance del tiempo de ejecución a la fecha de esta acta parcial corresponde a un (1) mes y veinticinco (25) días.						
VALOR INICIAL:		\$ 856 870 144,00						
VALOR REAJUSTE:		\$ 0,00						
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 856 870 144,00						
FUENTE DE FINANCIACIÓN:		SPGR	CONVENIOS	X	RECURSOS PROPIOS			
OTRO (Especifique)								
OBSERVACIONES: PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 15/08/2025 AL 19/09/2025								
3. ASPECTO LEGAL								
GARANTÍAS:								
VALOR ASEGURADO:		\$ 385 591 566,80		VIGENCIA:	14/08/2025 HASTA EL 30/06/2026			
ASEGURADORA:		ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		NUMERO DE PÓLIZA:	520-47-994000052726			
CLASES DE GARANTÍAS		%	CUANTÍA	DURACIÓN				
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.		10%	\$ 85 687 015,00	DESDE	HASTA			
MANEJO Y BUENA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.		100%	\$ 171 374 028,80	14/08/2025	30/06/2026			
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL EMPLEADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.		20%	\$ 42 843 508,00	14/08/2025	31/12/2028			
PAGO ANTICIPADO		NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA			
RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)		33%	\$ 284 700 000,00	14/08/2025	31/12/2025			
CALIDAD DEL SERVICIO.		10%	\$ 85 687 015,00	14/08/2025	30/06/2026			
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		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%	\$ 2.089.118		X			30%	Pagado
Estampilla para el bienestar del adulto mayor	3,0%	\$ 12.594.680		X			30%	Pagado
Estampilla Pro Deporte y recreación	2,5%	\$ 10.495.590		X			30%	Pagado
Estampilla Pro Desarrollo Departamental	2,0%	\$ 8.396.472		X			30%	Pagado
Estampilla Pro Universidad	2,0%	\$ 8.396.472		X			30%	Pagado
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								

J. J. J.

13

 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			
(Aqui 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: Garantizar la contratación de personal idóneo de acuerdo con los perfiles definidos en los documentos del proceso y en la cantidad suficiente para el cumplimiento oportuno de las actividades propias del convenio y de acuerdo a su plan de trabajo y cronograma revisado y avalado por el supervisor asignado dando cumplimiento a la calidad cantidad y oportunidad.	% CUMPLIMIENTO	100%	
ACTIVIDADES			
MOSTRO EVIDENCIAS			
SI NO			
Conformación y Garantía del Equipo Multidisciplinario: la ESAL Garantizará el recurso humano suficiente durante toda la ejecución del proyecto, para la ejecución del objeto contractual para acciones de dirección y de apoyo técnico. Este personal deberá realizar dos reuniones de articulación con el supervisor (una al inicio y una al final) Asegurar la disponibilidad del talento humano según los perfiles y tiempos establecidos.	X		
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 2: Entregar a la Secretaría de Desarrollo de la Salud del Departamento de Córdoba en medio magnético el video educativo, así como la certificación de emisión de los programas radiales.	% CUMPLIMIENTO	33%	
ACTIVIDADES			
MOSTRO EVIDENCIAS			
SI NO			
Descripción técnica del video educativo, este producto, debe contener lo siguiente: Preproducción, producción y postproducción de un video didáctico educativo con duración máxima de 4 minutos, contenido relacionado con el proyecto y concertado con el supervisor del contrato. Descripción técnica de los microprogramas radiales: Temática: Prevención de los diferentes tipos de cáncer. Temas a desarrollar: prevención, valoración y detección temprana del cáncer de mama, colon, cérvix, pulmón y próstata; cáncer infantil. El cual deberá ser entregado al personal capacitado y a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba para difusión en las redes sociales de la Gobernación. Microprograma radial de 15 minutos de duración, una vez por semana por un periodo de 4 meses. Frecuencia FM. Debe incluir transmisión vía streaming. 2 microprogramas mensuales por 4 meses, para un total de 8 microprogramas.	X		
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 3: Garantizar el espacio en el cual se realizarán las actividades de lanzamientos y cierre, así como los eventos de formación detallados en el presupuesto.	% CUMPLIMIENTO	50%	
ACTIVIDADES			
MOSTRO EVIDENCIAS			
SI NO			
Se garantizó el espacio para el lanzamiento, cumpliendo con los requerimientos definidos en el convenio y con capacidad para un aforo de 200 personas.	X		
OBLIGACIÓN No. 4: Entregar y socializar informe final de las actividades desarrolladas, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de salud y protección social, y anexar en medio físico y magnético con sus bases de datos.	% CUMPLIMIENTO	0%	
ACTIVIDADES			
MOSTRO EVIDENCIAS			
SI NO			
FORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN, VALORACIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA, COLÓN, CÉRVIX, PULMÓN Y PRÓSTATA. Realizar actividad de formación en campo sobre la identificación de signos y síntomas de alerta en la valoración inicial del cáncer mama, pulmón, colorrectal, cérvix, próstata y piel, y herramientas para la prevención de las patologías que aplique, el aforo de la actividad será para 60 personas CADA JORNADA cuyo personal objetivo es médico asistencial de las EAPB y prestadores de servicios de salud públicos y privados de baja, mediana y alta complejidad de los Municipios del Departamento de Córdoba FORMACIÓN SOBRE DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER PEDIÁTRICO. Realizar dos jornadas de formación en municipios, sobre signos y síntomas para detección temprana del cáncer pediátrico, ruta de gestión de pacientes, AIEPI oncológico y ruta para restitución de derechos de paciente pediátrico. El aforo de la actividad será para 60 personas cuyo personal objetivo es médico asistencial de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y privados de baja, mediana y alta complejidad de los 29 municipios pertenecientes al departamento Córdoba. FORMACIÓN SOBRE DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER PEDIÁTRICO. Formación de docentes como vigías para la detección temprana del cáncer infantil. Realizar dos jornadas de formación para los docentes, rectores, coordinadores, directores de escuelas rurales y psicorientadores de colegios públicos y privados de los municipios pertenecientes al departamento Córdoba. La formación se centrará en los signos de alerta para la detección temprana del cáncer infantil, a esta actividad serán invitados el rector, el coordinador académico y psico-orientador de cada colegio. La duración de cada jornada será de 8 horas.			X
OBLIGACIÓN No. 5: Atender las directrices y condiciones técnicas de la Secretaría de Desarrollo de la Salud del Departamento de Córdoba para la ejecución del contrato, en articulación permanente con los referentes técnico-administrativos del programa, y la supervisión del contrato.	% CUMPLIMIENTO	0%	
ACTIVIDADES			
MOSTRO EVIDENCIAS			
SI NO			
Desarrollo de reuniones de concertación, acompañamiento y seguimiento con los referentes técnico-administrativos y la supervisión del convenio, atendiendo las directrices y condiciones técnicas impartidas por la Secretaría de Desarrollo de la Salud, con el fin de garantizar la ejecución adecuada y articulada del proceso			
OBLIGACIÓN No. 6: Garantizar según lo requerido para cada actividad a realizar, los refrigerios, almuerzos, Kits para formación, rotafolios, diplomas, entre otros.	% CUMPLIMIENTO	50%	
ACTIVIDADES			
MOSTRO EVIDENCIAS			
SI NO			
Refrigerio Menú 11: Crepe de pollo(250grs).Pan (50gr). Bebida refrescante 400ml. Almuerzo Menú gourmet 1 con menaje: Arroz especial (100grs). Medallón de proteína (escoger 1: lomo de cerdo, res, pechuga en salsa) (250grs). Carbohidrato (100grs). Ensalada de verduras frescas o calientes(50grs). Bebida refrescante 400ml. Postre(50grs). Kit para cada asistente que contiene (cuaderno de 15cm x 25cm pasta dura brandeado con imagen del proyecto y logos institucionales, lapicera marcado con logos institucionales, pin alusivo a la campaña y bolsa marcada con la campaña y logos institucionales). Rotafolio, en papel propéctete 200 grs, 10 hojas, full color, tamaño CARTA, impreso a dos caras, soporte en trípode en cartón mate, aligollado doble, contenido se concertará con el supervisor del contrato. Diseño e impresión de diplomas personalizados full color tamaño 28 x 22 centímetros elaborado en papel opalina 200 grs.	X		
OBLIGACIÓN No. 7: Proporcionar evidencias fotográficas y listados de asistencia del lanzamiento del proyecto.	% CUMPLIMIENTO	100%	
ACTIVIDADES			
MOSTRO EVIDENCIAS			
SI NO			
LANZAMIENTO DEL PROYECTO: Realizar el lanzamiento del proyecto por medio de convocatoria conjunta entre la ESAL, la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba, invitando a las EAPB, prestadores de servicios de salud públicos y privados de baja, mediana y alta complejidad, para dar a conocer el cronograma de actividades enfocado en el fortalecimiento de la detección temprana del cáncer de mama, colorrectal, cérvix, próstata, pulmón, piel y cáncer pediátrico, al igual que las estrategias para la prevención en patologías de cáncer que apliquen tanto para población adulta como pediátrica. La convocatoria se realizará a los 30 municipios del Departamento de Córdoba, los temas que serán enfocados en estadística actuales de la incidencia de cáncer en el departamento, presentación del consejo departamental de cáncer infantil, enfoque de atención en redes integrales e integradas de atención en salud, gestión de la ruta oncológica de cáncer de la IPS de referencia, impacto de la detección temprana del cáncer de mama, pulmón, cérvix, próstata y colorrectal y piel, principales indicadores trazadores para la gestión de los pacientes incidentes de la cuenta de alto costo, que viene para generar mejores resultados. El aforo de esta actividad será de 200 personas, con una duración de 4 horas, se realizará de manera presencial en la ciudad Montería, congregando a los representantes de las áreas administrativas y asistenciales de los municipios que conforman el departamento de Córdoba.	X		
OBLIGACIÓN No. 8: Entregar a la Secretaría de Desarrollo de la Salud del Departamento de Córdoba para cada formación, listado de casos usados con su solución esperada (anexo técnico), fotos de cada grupo trabajando y exponiendo, listado de asistencia, rúbrica de evaluación del facilitador por grupo y un informe corto del formador con observaciones sobre desempeño general, y certificado de asistencia con la intensidad horaria.	% CUMPLIMIENTO	50%	
ACTIVIDADES			
MOSTRO EVIDENCIAS			
SI NO			
Anexo técnico: División en grupos pequeños: 6 grupos de 10 personas o 10 grupos de 6 personas, dependiendo del espacio, cada grupo recibe un caso clínico realista, adaptado al tema de la capacitación, cada grupo analiza el caso e identifica: síntomas, diagnóstico presuntivo, posibles pruebas, diagnóstico definitivo y plan de acción básico. Cada grupo expone su caso y solución. El facilitador hace retroalimentación inmediata. Evaluación por parte del formador: el médico especialista observa, toma nota de la exposición y usa una rúbrica sencilla para valorar la comprensión de cada grupo. Evidencia fotográfica de la ejecución de cada jornada formativa. Certificado de asistencia con intensidad horaria: Diseño e impresión de diplomas personalizados full color tamaño 28 x 22 centímetros elaborado en papel opalina 200 grs.	X		
OBLIGACIÓN No. 9: Proporcionar evidencias fotográficas y listados de asistencia del cierre del proyecto.	% CUMPLIMIENTO	0%	
ACTIVIDADES			
MOSTRO EVIDENCIAS			
SI NO			
CIERRE DEL PROYECTO: Se realizará el cierre del proyecto por medio de convocatoria conjunta entre la ESAL y la Secretaría de Salud de Córdoba, invitando a las EAPB, prestadores de servicios de salud públicos y privados de baja, mediana y alta complejidad que participaron, con el fin de dar a conocer los resultados de la ejecución de la estrategia "todos en red, construyendo mejores resultados", enfocada en fortalecer el conocimiento para la detección temprana del cáncer de mama, colon, cérvix, próstata, pulmón, piel y cáncer infantil, al igual que las estrategias para la prevención en patologías de cáncer que apliquen tanto para población adulta como pediátrica. La convocatoria se realizará a los 30 municipios del departamento de Córdoba. El aforo de esta actividad será de 200 personas, con una duración de 4 horas, se realizará de manera presencial, y se realizará en la ciudad Montería, reuniendo a los representantes de las áreas administrativas y asistenciales de los municipios que conforman el departamento de Córdoba.			X
OBLIGACIÓN No. 10: Comunicar de manera oportuna a la supervisión del contrato y a la Secretaría de desarrollo de la Salud del Departamento de Córdoba las dificultades presentadas que puedan poner en riesgo el logro del objeto del convenio en mención, y en caso de ser necesario, convocar a reuniones extraordinarias y presentar las respectivas propuestas para superar las dificultades evidenciadas.	% CUMPLIMIENTO	0%	
ACTIVIDADES			
MOSTRO EVIDENCIAS			
SI NO			
Desarrollo de reuniones de acompañamiento y seguimiento con los referentes técnico-administrativos y la supervisión del convenio, informando de manera oportuna las dificultades identificadas durante la ejecución y las acciones propuestas para su superación.			


Josely

74

 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	
ACTIVIDADES				MOSTRÓ EVIDENCIAS			
Elaborar el informe final de gestión del convenio, consolidando la información correspondiente a la ejecución total de las jornadas formativas. Este informe deberá incluir: los actas de cada capacitación , listados de asistencia, evidencias fotográficas , anexos técnicos de los casos analizados, informe del área de comunicaciones con los reportes de redes sociales , y la evidencia de los productos comunicativos desarrollados (microprogramas radiales y video educativo), todo conforme a los lineamientos establecidos por el supervisor.				SI		NO	
OBLIGACIÓN No. 12: Disponer los recursos aportados por el Departamento de Córdoba en las actividades de qué trata el alcance del objeto del presente convenio.				X			
ACTIVIDADES				MOSTRÓ EVIDENCIAS			
Disponer de los recursos aportados por el Departamento de Córdoba para la ejecución del lanzamiento del convenio, el desarrollo de estrategias de convocatoria y difusión a través de medios de comunicación y redes sociales, así como para la realización de las jornadas formativas en detección temprana de los cánceres de mama, cérvix, próstata, pulmón, colon, piel e infantil.				SI		NO	
OBLIGACIÓN No. 13: Reembolsar al Departamento de Córdoba los saldos no ejecutados, a la finalización del convenio, si hubiere lugar.				% CUMPLIMIENTO			
ACTIVIDADES				MOSTRÓ EVIDENCIAS			
Reembolsar al Departamento de Córdoba los saldos no ejecutados, a la finalización del convenio, si hubiere lugar.				SI		NO	
OBLIGACIÓN No. 14: Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión de la ejecución del convenio durante y posterior a su vigencia contractual, dicha información no deberá ser revelada por ningún medio electrónico, verbal, escrito u otro, ni total ni parcialmente, sin contar con previa autorización del Departamento de Córdoba.				% CUMPLIMIENTO			
ACTIVIDADES				MOSTRÓ EVIDENCIAS			
Implementar y mantener protocolos de manejo confidencial de la información generada o conocida durante la ejecución del convenio. Esto incluye el resguardo seguro de documentos físicos y digitales, la restricción de acceso únicamente al personal autorizado, y asegurar que ninguna información sea divulgada, total o parcialmente, por ningún medio sin autorización previa y expresa del Departamento de Córdoba, tanto durante la vigencia del convenio como después de su finalización.				SI		NO	
OBLIGACIÓN No. 15: Facilitar la supervisión del convenio, el acceso a la información y la documentación inherentes a la ejecución del mismo.				% CUMPLIMIENTO			
ACTIVIDADES				MOSTRÓ EVIDENCIAS			
Brindar al supervisor del convenio acceso oportuno y transparente a toda la información y documentación relacionada con la ejecución, incluyendo informes y soportes técnicos y administrativos, y atender las solicitudes de verificación, revisión y seguimiento formuladas por el supervisor.				SI		NO	
OBLIGACIÓN No. 16: Las demás que por conveniencia en el desarrollo del proyecto sean necesarias o se requieran.				% CUMPLIMIENTO			
ACTIVIDADES				MOSTRÓ EVIDENCIAS			
Ejecutar de manera oportuna todas las acciones complementarias que se requieran para el adecuado desarrollo del convenio, atendiendo las orientaciones del supervisor y las necesidades que surjan durante la ejecución, con el fin de garantizar el cumplimiento integral de los objetivos y resultados del proyecto.				SI		NO	
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 2.136.400
CAROLINA MARIA GRACIA RAMOS		SI	NO	15/09/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	MUTUAL SER	9491953950	
SENA			X	PENSIÓN	PROTECCIÓN	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	2025/08	19/09/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 1.804.000
LINA MARIA SANDE NOVOA		SI	NO	9/09/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	SANITAS	9491977350	
SENA			X	PENSIÓN	PORVENIR	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	2025/08	19/09/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 1.804.000
MARIA JOSE AGUDELO URIBE		SI	NO	4/09/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	EPS SURA	9491957445	
SENA			X	PENSIÓN	PROTECCIÓN	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	2025/08	19/09/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 1.804.000
LUISA FERNANDA NOVA NEGRETE		SI	NO	22/09/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	NUEVA E P S	9492400401	
SENA			X	PENSIÓN	COLPENSIONES	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	2025/08	25/09/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 1.994.000
MARIA CAROLINA ROBLES BUELVAS		SI	NO	9/09/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	EPS MUTUAL SER	9491956760	
SENA			X	PENSIÓN	PROTECCIÓN	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	2025/08	19/09/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 2.136.400
SORAYA ISABEL MONTANO ORTIZ		SI	NO	4/09/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	SALUD TOTAL	9491955838	
SENA			X	PENSIÓN	COLPENSIONES	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	ARL SURA	2025/08	19/09/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 16.300.000
MANUEL ENRIQUE GONZALEZ FERNANDEZ		SI	NO	9/09/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	SALUD TOTAL	9491968727	
SENA			X	PENSIÓN	COLPENSIONES	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	ARL SURA	2025/08	19/09/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 2.136.400
CAROLINA MARIA GRACIA RAMOS		SI	NO	16/10/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	MUTUAL SER	9492498424	
SENA			X	PENSIÓN	PROTECCIÓN	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	2025/09	16/10/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 1.804.000
LINA MARIA SANDE NOVOA		SI	NO	9/10/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	SANITAS	9492194713	
SENA			X	PENSIÓN	PORVENIR	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	2025/09	10/10/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 1.804.000
MARIA JOSE AGUDELO URIBE		SI	NO	6/10/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	EPS SURA	9493019846	
SENA			X	PENSIÓN	PROTECCIÓN	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	2025/09	7/10/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 1.804.000
LUISA FERNANDA NOVA NEGRETE		SI	NO	23/10/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	NUEVA E P S	9492859304	
SENA			X	PENSIÓN	COLPENSIONES	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	2025/09	16/10/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 1.994.000
MARIA CAROLINA ROBLES BUELVAS		SI	NO	9/10/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	EPS MUTUAL SER	9492243058	
SENA			X	PENSIÓN	PROTECCIÓN	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	2025/09	10/10/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 2.136.400
SORAYA ISABEL MONTANO ORTIZ		SI	NO	6/10/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	SALUD TOTAL	9492038367	
SENA			X	PENSIÓN	COLPENSIONES	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	ARL SURA	2025/09	7/10/2025
PAGOS PARAFISCALES				FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	\$ 16.300.000
MANUEL ENRIQUE GONZALEZ FERNANDEZ		SI	NO	9/10/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACION			X	SALUD	SALUD TOTAL	9493069058	
SENA			X	PENSIÓN	COLPENSIONES	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			X	ARL	ARL SURA	2025/09	8/10/2025
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							
APORTE DE CERTIFICADO		SI	NO	FECHA			



75

 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
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
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):)		CLÁUSULA TERCERA. FORMA DE PAGO: El valor del convenio se pagará de la siguiente manera: a) ANTICIPO: El Departamento entregará en calidad de anticipo, el valor correspondiente al veinte por ciento (20%) del valor del convenio cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. AMORTIZACIÓN DEL ANTICIPO: El Anticipo será amortizado en las actas parciales y/o en el final , en la misma proporción del valor entregado en calidad de anticipo. EL VALOR DEL CONVENIO equivalente al CIENTO POR CIENTO (100%) , se pagará de la siguiente manera: Mediante actas parciales, cuyo primer pago no podrá ser inferior (20%) del valor total del convenio, previa presentación del informe parcial de ejecución del objeto contractual y amortización del anticipo.			
VALOR DEL CONVENIO:		\$ 856.870.144,00			
APORTE DEL CONVENIANTE:		\$ 599.748.185,00			
APORTE DEL CONVENIADO:		\$ 257.121.959,00			
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:		\$ 0			
SALDO:		\$ 599.748.185,00			
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:		Doscientos noventa y nueve millones ochocientos sesenta y cuatro mil noventa y dos pesos con cincuenta centavos moneda corriente (\$299.874.092,50 M/CTE).			
NUEVO SALDO:		\$ 299.874.092,50			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS		EN TRAMITE, EN TRAMITE			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO		% AVANCE FÍSICO	50%	% AVANCE FINANCIERO	0,00%
7. ASPECTO CONTABLE					
Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)	Valor Pagado
					\$ -
					\$ -
8. ASPECTOS AMBIENTALES					
Cumplimiento de los aspectos ambientales de acuerdo al objeto contractual (SI APLICA)					
9. RELACION DE ANEXOS					
DESCRIPCIÓN DE LOS ANEXOS	MARQUE CON UNA (X) LA FORMA DE PRESENCIACIÓN 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	x	x	
GESTIÓN DE PRODUCCIÓN					
GESTIÓN FINANCIERA					
10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR					
		(Marcar con una x)			
	ITEM	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
CALIDAD DEL PRODUCTO		x			
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO		x			
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD		x			
CALIDAD DEL SERVICIO		x			
OBSERVACIONES:					
NOMBRE DEL SUPERVISOR: JAVIER FRANCISCO OLEA BLANQUICETH					
CARGO:	SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD 15 DE AGOSTO DE 2025 - 19 DE SEPTIEMBRE DE 2025				
FIRMA:					
FECHA DE INFORME:					

