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 (FINAL)	PERIODO A EVALUAR	24/12/2024 hasta el 31/12/2024

CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO
CONTRATO	X	SS-MIC-007-2024			24 DE DICIEMBRE DE 2024
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:	471	No. RP:	6737

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE CONTRATISTA:	ALBERTO AMANCÍ ARRIETA BENAVIDES, identificado con cédula de ciudadanía 78693179 expedida en Montería (Córdoba).				
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	78693179-6				
OBJETO DEL CONTRATO:	ADQUISICIÓN DE RECETARIO PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA				
FECHA ACTA DE INICIO:	24/12/2024				
FECHA DE TERMINACIÓN:	31/12/2024				
DURACIÓN:	OCHO (08) DÍAS CONTADOS A				
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	N/A				
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	DEL 24 DE DICIEMBRE DE 2024 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024				
AVANCE EN TIEMPO:	100,00%				
VALOR INICIAL	79.542.720.00 M/CTE				
VALOR REAJUSTE:	$ 0,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	79.542.720.00 M/CTE				
FUENTE DE FINANCIACIÓN:	SPGR	X	CONVENIOS		RECURSOS PROPIOS
	OTRO (Especifique)				
OBSERVACIONES:					

3. ASPECTO LEGAL

GARANTÍAS:	CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y CALIDAD DEL SERVICIO		
VALOR ASEGURADO:	$ 15.908.544,00	VIGENCIA:	07/10/2024 HASTA 01/07/2028
ASEGURADORA:	PREVISORA SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA:	3019970

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA	DURACIÓN	
			DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	10%	$ 7.954.272,00	24/12/2024	30/06/2025
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%	$ 7.954.272,00	07/10/2024	30/06/2025
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 da la fecha del informe
Estampilla Pro Cultura	0,5%		$ 397.714,00					
Estampilla para el bienestar del adulto mayor	3,0%		$ 2.386.300,00					
Estampilla Pro Desarrollo Económico	2,0%							
Estampilla Pro Desarrollo Departamental	2,0%		$ 1.590.850,00					

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

1. Diseñar y presentar tres (3) modelos de Recetarios de acuerdo a las especificaciones técnicas establecidas, con el fin de seleccionar uno de ellos para su posterior impresión	**% CUMPLIMIENTO**	**100**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
El contratista, previamente diseño tres modelos, de los cuales se seleccionó un (01) modelo para su posterior impresión con las características establecidas en el estudio previo	x	
Observaciones:		

2.Elaborar los recetarios de acuerdo a las especificaciones técnicas acordadas, y de acuerdo al diseño seleccionado por el supervisor.	**% CUMPLIMIENTO**	**100**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
El contratista, elaboró cuatro mil seiscientos ochenta talonarios (4680 unidades x 50 formulas), de acuerdo a las caracteristicas técnicas establecidas en el Estudio Previo.	x	
Observaciones:		

3. Entregar a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba, hasta agotar presupuesto, los recetarios para la prescripción de los medicamentos sometidos a fiscalización en el Departamento.	**% CUMPLIMIENTO**	**100**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
El contratista, hizo entrega de los talonarios, como consta en el Comprobantes: de entrada de consumo nro 106 del 05/11/2025, y de salida de consumo nro. 282 del 05/11/2025.	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	
	SI	NO	31/12/2024	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X	SALUD	Nueva EPS, Mutual Ser,Salud Total,Sanitas	4575771029 - 4579721379 - 4582736645 - 4588811119	
SENA		X	PENSIÓN	Colfondos	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF		X	ARL	Positiva Compañia Seguros S.A.	dic-24	19/07/2025

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

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: a) ÚNICO PAGO, de acuerdo con los bienes efectivamente entregados y recibidos a satisfacción por parte de la entidad cumplidos los trámites administrativos a que haya lugar con la presentación de la cuenta de cobro y/o factura, constancia expedida por el Representante legal, Contador Público y/o Revisor Fiscal, según el caso, del pago de seguridad social integral y aportes parafiscales según el caso, comprobante de pago cancelación estampilla e impuestos municipales y departamentales a que hubiere lugar, y acta de recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato de los servicios suministrados por el contratista y entrada de Almacén, de los elementos a que hubiere lugar.			
VALOR DEL CONTRATO:	$ 79.542.720,00			
VALOR PAGADO:	$ 0,00			
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0,00			
SALDO	$ 79.542.720,00			
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	SETENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTE ($79.542.720.00)			
NUEVO SALDO:	$ 0,00			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE	N/A			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL	% AVANCE FISICO	100	% AVANCE FINANCIERO	0
OBSERVACIÓN:				

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado
FE1155	5/11/2025	$ 79.526.000,00				-

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

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, CUÁL?
ACTAS DE VISITA, OFICIOS Y ANEXOS DE SOLICITANTES	X	X		X	

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			

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HELIODORO KERGUELEN DURANGO
CARGO:	Profesional Especializado SDSC
FIRMA:	
FECHA DE INFORME:	5/12/2025