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

1. DATOS DEL INFORME

INFORME No.	FINAL	PERIODO A EVALUAR		19 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2025
CLASE (marcar con una x)	NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO
CONTRATO	DTH-1499-2025			14 DE NOVIEMBRE DE 2025
ORDEN CONTRACTUAL	No. CDP :	832 FECHA 6/11/2025	No. RP:	5605 FECHA 18/11/2025

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE CONTRATISTA:	LEDYS PATRICIA DIAZ LOZANO
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	30.687.712 de Cereté.
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN LA RADICACION DE CUENTAS MÉDICAS Y VALIDACIÓN DE RIPS DE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.
FECHA ACTA DE INICIO:	19 DE NOVIEMBRE DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE DICIEMBRE DE 2025
DURACIÓN:	UN MES Y DOCE DIAS (1 MES Y 12 DIAS)
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	0
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	30 DE DICIEMBRE DE 2025
AVANCE EN TIEMPO:	100,00%
VALOR INICIAL	$ 6.979.000,00
VALOR REAJUSTE:	$ 0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 6.979.000,00

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

OBSERVACIONES: Periodo comprendido del 19 DE NOVIEMBRE DE 2025 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2025

3. ASPECTO LEGAL

GARANTÍAS:	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO 10% DEL VALOR DEL CONTRATO POR EL TERMINO DEL MISMO Y 6 MESES MÁS, CALIDAD DEL SERVICIO 10% DEL VALOR DEL CONTRATO POR EL TERMINO DEL MISMO Y 6 MESES MÁS.		
VALOR ASEGURADO INICIAL	$ 697.900	VIGENCIA DESDE: VIGENCIA HASTA:	DESDE EL 14/11/2025 HASTA EL 30/06/2026
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO S.A	NÚMERO DE PÓLIZA:	53-46-101020983

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA	DURACIÓN	
			DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	10%	$ 697.900	14/11/2025	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
ESTABILIDAD DE LA OBRA.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
CALIDAD DEL SERVICIO.	10%	$ 697.900	14/11/2025	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

DESCRIPCIÓN DEL TRIBUTO	PAGO TOTAL	PAGO PARCIAL	ACUERDO DE PAGO			
			No. Acuerdo	Fecha Acordada	No Cuota pagada periodo	Estado da la fecha del Informe
Estampilla Pro Cultura CONTRATO INICIAL: Estampilla Pro Cultura ADICION:		X				
Estampilla para el bienestar del adulto mayor (Proancianato)- CONTRATO INICIAL:		X				
Estampilla Pro Desarrollo Económico						
Estampilla Pro Desarrollo Departamental						

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

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

4. CUMPLIMIENTO

El contratista viene cumpliendo con las obligaciones estipuladas en el contrato de Prestación de Servicios Profesionales No.DTH-1499-2025. Cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN LA RADICACION DE CUENTAS MÉDICAS Y VALIDACIÓN DE RIPS DE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.

OBLIGACIÓN a: Brindar apoyo en la recepción y revisión de las cuentas médicas que se presenten ante la secretaria de Desarrollo de la Salud del Departamento de Córdoba, de acuerdo con el procedimiento establecido.	**% CUMPLIMIENTO**	**0,00%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Durante este periodo de ejecución no se llevo la actividad, debido al cambio en el proceso de radicacion de cuentas medicas.		X
OBSERVACIONES: No hay observaciones		

OBLIGACIÓN b: Brindar apoyo en la organización de los datos e información recibida y generada por la dependencia en el marco de la ejecución de las funciones asignadas de acuerdo a la normatividad vigente.	**% CUMPLIMIENTO**	**0,00%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Durante el periodo de ejecución no se realizo la actividad: no hubo facturas por subsanar.		x
OBSERVACIONES: No hay Observaciones		

OBLIGACIÓN c: Brindar apoyo en la gestión de las bases de datos y aplicativos necesarios para el desempeño de las funciones propias de la dependencia.	**% CUMPLIMIENTO**	**0,00%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Durante este periodo de ejecución no se realizo la actividad; no hubo facturas para tlx		X
OBSERVACIONES:No hay observaciones		

OBLIGACIÓN d: 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**	
	SI	**NO**
Durante el periodo de ejecución la Contratista apoyó en la gestión documental de las facturas que se encuentra en la oficina, con el objeto de identificar de que IPS son y que tipo de población pertenecen. Se identificaron 57 facturas del prestador ESE. Hospital de Montelibano. Se identificaron 40 facturas de los prestadores Confort Oportuno empresa de Transporte (20),Clínica Central O H.L Ltda. (10),Visión Total S.AS,(5), Clinica San Rafael (1)Hospital Universitario de San Ignacio (1).	X	
OBSERVACIONES: No hay 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**	$ 1.994.000,00
	NO	**9/12/2025**	**ENTIDADES**	**NUMERO DE PLANILLA**	
CAJA DE COMPENSACIÓN	X	**SALUD**	SANITAS S.A	4632588621	
SENA	X	**PENSIÓN**	COLFONDOS	**PERIODO**	**FECHA PAGO**
ICBF	X	**ARL**	POSITIVA CAMPAÑA DE SEGUROS S.A	dic-25	**9/12/2025**

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			
	NO		
APORTE DE CERTIFICADO		**FECHA**	

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

5. ASPECTO TECNICO 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	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIEMPO DE PRORROGA	VALOR DE LA ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD CONTRACTUAL	
-	-	-	$ 0,00	-	
-	-	-	$ 0,00	-	
NOMBRE DEL CEDENTE		IDENTIFICACIÓN	-	VALOR	$ 0,00
NOMBRE DEL CESIONARIO		IDENTIFICACIÓN	-		
TERMINACIÓN ANTICIPADA	ACTA DE TERMINACIÓN		SI		FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA
			NO		
CONTRATO:			DTH-1499-2025		

6. ASPECTO FINANCIERO

FORMA DE PAGO CONTRATO INICIAL(Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):	UNA (01) MENSUALIDAD VENCIDA por la suma de: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. ($4.985.000) y un último pago por la suma de UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($1.994.000),				
VALOR DEL CONTRATO	$ 6.979 000				
VALOR PAGADO:	$ 0				
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0				
SALDO:	$ 6.979.000				
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	UN MILLÓN NOVECIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE (1.994.000)				
NUEVO SALDO:	$ 0				
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	EN TRAMITE				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	100,00%	% AVANCE FINANCIERO		71,43%
OBSERVACIÓN:					

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.°	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado
CUENTA 1	15/12/2025	$4.985.000				$0
CUENTA FINAL	22/12/2025	$4.985.000				
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 PRESENCACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME				
		INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP II	OTRO, CUAL?
		X			X	

10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR			(Marcar con una x)			
			EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
ITEM				X		
CALIDAD DEL PRODUCTO				X		
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO				X		
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD				X		
CALIDAD DEL SERVICIO				X		
OBSERVACIONES:						
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	KELLY PAOLA ACUÑA LEIVA					
CARGO:	SUPERVISOR					
FIRMA:						

FECHA DE INFORME: 22 DE DICEMBRE DE 2025