
 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.	9 (FINAL)	PERIODO A EVALUAR	10 DE DICIEMBRE AL 24 DE DICIEMBRE DE 2025					
CLASE (marcar con una x)	NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL		FECHA DEL CONTRATO					
CONTRATO	X	DTH-615-2025		17 de Febrero de 2025				
ORDEN CONTRACTUAL	No. CDP:	18	No. RP:	1146				
2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO								
NOMBRE CONTRATISTA:	GINA VIVIANY MUNOZ VILORIA							
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	34,948,623							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.							
FECHA ACTA DE INICIO:	10 DE ABRIL DE 2025							
FECHA DE TERMINACIÓN:	24 DE DICIEMBRE DE 2025							
DURACIÓN:	8 MESES Y 15 DIAS							
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	NO APLICA							
TIEMPO PARCIAL DE EJECUCIÓN:	8 MESES Y 15 DIAS							
AVANCE EN TIEMPO:	100.00%							
VALOR INICIAL	\$ 38,335,000.00							
VALOR REAJUSTE:	\$ 0.00							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 38,335,000.00							
FUENTE DE FINANCIACIÓN:	SPGR	CONVENIOS	RECURSOS PROPIOS	X				
	OTRO (Especifique)							
OBSERVACIONES:								
3. ASPECTO LEGAL								
GARANTÍAS:	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO 10% DEL VALOR DEL CONTRATO POR EL TERMINO DEL MISMO Y 6 MESES MAS. CALIDAD DEL SERVICIO 10% DEL VALOR DEL CONTRATO POR EL TERMINO DEL MISMO Y 6 MESES MAS.							
VALOR ASEGURADO:	\$ 7,667,000.00	VIGENCIA:	30/06/2026					
ASEGURADORA:	SEGUROS MUNDIAL	NÚMERO DE PÓLIZA:	C-1000947793					
CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA	DURACIÓN					
			DESDE	HASTA				
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	10%	\$ 3,833,500.00	02/04/2025	30/06/2025				
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 EXTRA CONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA				
CALIDAD DEL SERVICIO.	10%	\$ 3,833,500.00	02/04/2025	30/06/2025				
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%	\$191,675		X				
Estampilla para el bienestar del adulto mayor	3.0%	\$1,150,100		X				
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							
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. Presentar a la Coordinación PAI los primeros 5 días de cada mes el cronograma de trabajo mensual a realizar durante la vigencia del contrato.						% CUMPLIMIENTO	100.00%	
ACTIVIDADES						MOSTRÓ EVIDENCIAS		
						SI	NO	
Envío del cronograma correspondiente al periodo ejecutado al correo electrónico de la coordinación PAI.						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
OBLIGACIÓN No 2. Realizar visita de levantamiento de línea de base a las Direcciones Locales de Salud y a las Empresas Sociales del Estado (ESE) del Departamento de Córdoba, asignados por el Líder PAI Departamental, con el fin de identificar y priorizar las acciones a fortalecer en el marco de la gestión del PAI. Dichas visitas deben realizarse en las primeras 4 semanas a partir del inicio del contrato. Soportes generados para esta actividad son; Formato de línea de base diligenciada a cada Municipio visitado, oficio de convocatoria y/o concertación de visita, Actas de visita, Listado de asistencia y registro fotográfico.		% CUMPLIMIENTO	0.00%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
Durante este periodo no se realizó esta actividad		SI	NO
			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 3. Realizar visitas integrales de asistencia técnica en la subregión del Medio Sinú en los municipios asignados por el líder PAI para el seguimiento a planes de mejora instaurados en visita inicial, se analizarán de indicadores del PAI, fortalecimiento de capacidades y supervisión del Programa Ampliado de Inmunización por componentes, con base a los lineamientos Técnicos y administrativos del PAI, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a los Municipios de las sabanas del Departamento de Córdoba, asignados, por el Coordinador PAI Departamental. Soportes requeridos de esta actividad: Actas de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de seguimiento a Plan de Mejora.		% CUMPLIMIENTO	0.00%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
Durante este periodo no se realizó esta actividad		SI	NO
			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 4. Realizar mesas de trabajo en la subregión del Medio Sinú en los municipios asignados por Coordinador PAI, que presenten de alto riesgo y coberturas críticas de vacunación, para fortalecer la gestión y operación del programa, articulado con la Dirección Local de Salud Municipal, el Coordinador PAI Municipal y/o Institucional, las EAPB presentes en el territorio y aliados estratégicos del programa en el Municipio (ICBF, DPS, Secretaría de Educación Municipal, ONG, entre otros), para definir acciones conjuntas para el mejoramiento de la gestión del programa PAI en el municipio. Soportes requeridos de esta actividad: Acta de reunión, Listados de asistencia, Registro fotográfico, Formatos de Plan de Acción.		% CUMPLIMIENTO	100.00%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
MESA DE TRABAJO DE CIERRE 2025		SI	NO
		X	
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 5. Brindar acompañamiento técnico y administrativo a las Secretarías de Salud en Sub Región del Medio Sinú en los Municipios de las sabanas del departamento de Córdoba durante las jornadas nacionales y/o Departamentales de vacunación emitidas en la vigencia 2025, teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y/o directrices Departamentales según corresponda. Para evidenciar esta actividad el contratista realizará informe ejecutivo con los resultados y acciones desarrolladas en cada jornada programada y registro fotográfico		% CUMPLIMIENTO	100.00%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
ACOMPANAMIENTO DE JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN		SI	NO
		X	
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 6. Participar en espacios de crecimiento académico y escenarios de análisis, como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis y salas situacionales de los eventos de enfermedades inmunoprevenibles - PAI - notificados en los Municipios del departamento de Córdoba asignados por el líder PAI y programados por el referente de vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles de la Secretaría de Desarrollo de la Salud. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar actas de reunión, listados de asistencias y registro fotográfico.		% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
Durante este periodo no se realizó esta actividad		SI	NO
			X
OBSERVACIONES:			



FORMATO

CÓDIGO:CO-P1-F1

INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN

FECHA: 28/01/2022

PROCESO DE CONTRATACIÓN

PÁGINA: 1 de 1

OBLIGACIÓN No. 7. Realizar acompañamiento al PAI Departamental en la respuesta de los requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Desarrollo de la Salud, de acuerdo con su competencia. En tal caso la evidencia de esta actividad deberá presentar la solicitud y respuesta de la información requerida, según corresponda

% CUMPLIMIENTO

0%

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

DURANTE ESTE PERIODO NO SE REALIZO ESTA ACTIVIDAD

N/A

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 8. Presentar un informe ejecutivo mensual al Coordinador PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados por el líder del PAI en del departamento de Córdoba, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaría de Desarrollo de la Salud para este efecto; en el informe deberá hacer un análisis mensual de los indicadores acceso, deserción, coberturas de vacunación, seguimiento a los compromisos de las asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación. Soporte: Informe ejecutivo mensual.

% CUMPLIMIENTO

0.00%

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

DURANTE ESTE PERIODO NO SE REALIZO ESTA ACTIVIDAD

X

OBSERVACIONES:

OBLIGACIÓN No. 9. Desarrollar las demás funciones que asigne el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

% CUMPLIMIENTO

100.00%

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

INFORME FINAL DE GESTION

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

SI

NO

09/12/2025
15/12/2025

ENTIDADES

NUMERO DE PLANILLA

CAJA DE COMPENSACIÓN

x

SALUD

SALUD TOTAL

4634186340 - 4635161023

SENA

x

PENSIÓN

PROTECCION

PERIODO

FECHA PAGO

ICBF

x

ARL

POSITIVA

NOVIEMBRE - DICIEMBRE

09/12/2025
15/12/2025

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 PERSONA JURIDICA REPRESENTANTE LEGAL

SI

NO

FECHA

APORTE DE CERTIFICADO

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

-

NOMBRE DEL CEDENTE

-

-

IDENTIFICACIÓN

-

VALOR

\$ 0.00

NOMBRE DEL CESIONARIO

-

-

IDENTIFICACIÓN

-

TERMINACIÓN ANTICIPADA

FECHA DE TERMINACIÓN

dd/mm/aa

ACTA DE TERMINACIÓN

SI

NO

FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA

CONTRATO:



FORMATO

CÓDIGO:CO-P1-F1

INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN

FECHA: 28/01/2022

PROCESO DE CONTRATACIÓN

PÁGINA: 1 de 1

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: OCHO (08) mensualidades vencidas, cada una por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE. (\$ 4.510.000) y un último pago de \$ 2.255.000 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, Pensión y Riesgos Laborales del mes correspondiente.

VALOR DEL CONTRATO:	\$ 38,335,000.00
VALOR PAGADO:	\$ 31,570,000
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	4510000
SALDO:	\$ 2,255,000
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NUEVO SALDO:	DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE (\$ 2.255.000) \$ 0
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL	9502, 10984, 13877, 16101, 18780
	% AVANCE FISICO 100.00% % AVANCE FINANCIERO 82.32%

OBSERVACIÓN:

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado
1	23/07/2025	\$4,510,000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$166.87	\$ 4.343.130
2	05/08/2025	\$4,510,000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$166.87	\$ 4.343.130
3	18/09/2025	\$4,510,000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$166.87	\$ 4.343.130
4	03/10/2025	\$4,510,000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$166.87	\$ 4.343.130
5	04/11/2025	\$4,510,000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$166.87	\$ 4.343.130
6	24/11/2025	\$4,510,000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$166.87	\$ 4.343.130
7	11/12/2025	\$4,510,000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$166.87	\$ 4.343.130
8	24/12/2025	\$4,510,000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$0.00	0
9	12/12/2025	\$2,255,000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$0.00	0

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	SEGOP II	OTRO, CUAL?
	X	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: IRLENA BOLEMO GARRIDO	
CARGO: TECNICO AREA SALUD - SUPERVISORA	
FIRMA: <i>Irlena Bolemo Garrido</i>	
FECHA DE INFORME: 26/12/2025	