

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	<b>FORMATO</b>				<b>CÓDIGO:</b> CO-P1-F1				
	<b>INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN</b>				<b>FECHA:</b> 28/01/2022				
	<b>PROCESO DE CONTRATACIÓN</b>				<b>PÁGINA:</b> 1 de 1				
<b>1. DATOS DEL INFORME</b>									
<b>INFORME No.</b>	8		<b>PERIODO A EVALUAR</b>	10 DE NOVIEMBRE AL 09 DE DICIEMBRE DE 2025					
<b>CLASE (marcar con una x)</b>		<b>NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL</b>		<b>FECHA DEL CONTRATO</b>					
CONTRATO <input checked="" type="checkbox"/>		DTH-615-2025		17 de Febrero de 2025					
ORDEN CONTRACTUAL <input type="checkbox"/>		<b>No. GDP:</b>	18	<b>No. RP:</b>	1146				
<b>2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO</b>									
<b>NOMBRE CONTRATISTA:</b>		GINA VIVIANY MUÑOZ VILORIA							
<b>NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:</b>		34,948,623							
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>		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.							
<b>FECHA ACTA DE INICIO:</b>		10 DE ABRIL DE 2025							
<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>		24 DE DICIEMBRE DE 2025							
<b>DURACIÓN:</b>		8 MESES Y 15 DIAS							
<b>TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)</b>		NO APLICA							
<b>TIEMPO PARCIAL DE EJECUCIÓN:</b>		8 MESES Y 15 DIAS							
<b>AVANCE EN TIEMPO:</b>		94.08%							
<b>VALOR INICIAL</b>		\$ 38,335,000.00							
<b>VALOR REAJUSTE:</b>		\$ 0.00							
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO:</b>		\$ 38,335,000.00							
<b>FUENTE DE FINANCIACIÓN:</b>		<input type="checkbox"/> SPGR	<input type="checkbox"/> CONVENIOS	<input type="checkbox"/> RECURSOS PROPIOS	<input checked="" type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> OTRO (Especifique)							
<b>OBSERVACIONES:</b>									
<b>3. ASPECTO LEGAL</b>									
<b>GARANTÍAS:</b>		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.							
<b>VALOR ASEGURADO:</b>		\$ 7,667,000.00		<b>VIGENCIA:</b>	30/06/2026				
<b>ASEGURADORA:</b>		SEGUROS MUNDIAL		<b>NÚMERO DE PÓLIZA:</b>	C-1000947793				
<b>CLASES DE GARANTÍAS</b>		<b>%</b>	<b>CUANTÍA</b>	<b>DURACIÓN</b>					
				<b>DESDE</b>	<b>HASTA</b>				
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				
<b>NOTA:</b> En caso de requerir licencias o permisos para ejecutar las actividades contractuales, se deben relacionar y validar su cumplimiento									
<b>OBSERVACIONES:</b>									
<b>ESTAMPILLAS Y TRIBUTOS DEPARTAMENTALES</b>		<b>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")</b>							
		<b>ACUERDO DE PAGO</b>							
<b>DESCRIPCIÓN DEL TRIBUTO</b>	<b>%</b>	<b>CUANTIA</b>	<b>PAGO TOTAL</b>	<b>PAGO PARCIAL</b>	<b>No. Acuerdo</b>	<b>Fecha Acordada</b>	<b>No Cuota pagada periodo</b>	<b>Estado da la fecha del informe</b>	
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%								
<b>NOTA:</b> 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									
<b>4. CUMPLIMIENTO</b>									
<b>(Aquí se describe si el contratista está cumpliendo o incumpliendo sus obligaciones pactadas en el contrato)</b>									
<b>Se pueden insertar los espacios necesarios por cada obligación contractual adquirida</b>									
<b>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.</b>							<b>% CUMPLIMIENTO</b>	<b>94.08%</b>	
<b>ACTIVIDADES</b>							<b>MOSTRÓ EVIDENCIAS</b>		
							<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Envío del cronograma correspondiente al periodo ejecutado al correo electrónico de la coordinación PAI.							X		
<b>OBSERVACIONES:</b>									

 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
<b>OBLIGACIÓN No 2.</b> 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:			
<b>OBLIGACIÓN No. 3.</b> 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 sábanas 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:			
<b>OBLIGACIÓN No. 4.</b> 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	94.08%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
Realice mesas de trabajo en la subregión del Medio Sinú en los municipios asignados por Coordinador PAI: -CERETE -SAN JOSE DE URE		SI	NO
		X	
OBSERVACIONES:			
<b>OBLIGACIÓN No. 5.</b> Brindar acompañamiento técnico y administrativo a las Secretarías de Salud en Sub Región del Medio Sinú en los Municipios de las sábanas 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	94.08%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
ACOMPANAMIENTO DE JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN		SI	NO
		X	
OBSERVACIONES:			
<b>OBLIGACIÓN No. 6.</b> 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:			

 DEPARTAMENTO DE CORDOBA	<b>FORMATO</b>					CÓDIGO:CO-P1-F1
	<b>INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN</b>					FECHA: 28/01/2022
	<b>PROCESO DE CONTRATACIÓN</b>					PÁGINA: 1 de 1
<b>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</b>					<b>% CUMPLIMIENTO</b>	<b>0%</b>
<b>ACTIVIDADES</b>					<b>MOSTRÓ EVIDENCIAS</b>	
					SI	NO
DURANTE ESTE PERIODO NO SE REALIZO ESTA ACTIVIDAD						N/A
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>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.</b>					<b>% CUMPLIMIENTO</b>	<b>94.08%</b>
<b>ACTIVIDADES</b>					<b>MOSTRÓ EVIDENCIAS</b>	
					SI	NO
Presentó informe ejecutivo mensual al Coordinador PAI, sobre la gestión realizada del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios asignados, de conformidad con los formatos establecidos por la Secretaría de Desarrollo de la Salud para este efecto; en el informe se analizan los indicadores acceso, deserción, coberturas de vacunación del mes de Octubre de 2025, seguimiento a los compromisos de la asistencia técnica y proponer las acciones de mejoramiento de coberturas de vacunación..					X	
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>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.</b>					<b>% CUMPLIMIENTO</b>	<b>94.08%</b>
<b>ACTIVIDADES</b>					<b>MOSTRÓ EVIDENCIAS</b>	
					SI	NO
INFORME FINAL DE GESTION					X	
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>CUMPLIMIENTO DE PARAFISCALES Y/O SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DEL CONTRATISTA Y/O DE SUS TRABAJADORES DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES DEL ORDEN NACIONAL</b>						
<b>PAGOS PARAFISCALES</b>		<b>FECHA CAUSADA</b>		<b>PAGO SEGURIDAD SOCIAL</b>		<b>IBC</b>
		09/12/2025				<b>\$1,804,000</b>
				<b>ENTIDADES</b>		<b>NUMERO DE PLANILLA</b>
CAJA DE COMPENSACIÓN	SI	NO	SALUD	SALUD TOTAL		4634186340
SENA		x	PENSIÓN	PROTECCION		PERIODO
ICBF		x	ARL	POSITIVA		FECHA PAGO
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						
<b>APORTE DE CERTIFICADO</b>		SI	NO	<b>FECHA</b>		
<b>5. ASPECTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO</b>						
(CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL Y LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL DESARROLLO DEL MISMO						
<b>MODIFICACIONES AL CONTRATO</b>						
<b>MODIFICACIÓN CONTRACTUAL</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>FECHA DE MODIFICACIÓN</b>	<b>TIEMPO DE PRORROGA</b>	<b>VALOR DE LA ADICIÓN</b>	<b>JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD CONTRACTUAL</b>	
-	-	-	-	\$ 0.00	-	
-	-	-	-	\$ 0.00	-	
-	-	-	-	\$ 0.00	-	
<b>NOMBRE DEL CEDENTE</b>		-	<b>IDENTIFICACIÓN</b>	-	<b>VALOR</b>	<b>\$ 0.00</b>
<b>NOMBRE DEL CESIONARIO</b>		-	<b>IDENTIFICACIÓN</b>	-		
<b>TERMINACIÓN ANTICIPADA</b>		<b>FECHA DE TERMINACIÓN</b>	<b>ACTA DE TERMINACIÓN</b>		SI	<b>FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA</b>
		dd/mm/aa			NO	
<b>CONTRATO:</b>						

**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:	0
SALDO:	\$ 6,765,000.00
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NUEVO SALDO:	CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE. (\$ 4.510.000) \$ 2,255,000
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL	9502, 10984, 13877, 16101, 18780
	% AVANCE FISICO 94.08%      % 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

**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 PRESENTACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME				
	INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP 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		
AD DEL SERVICIO		X		

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL SUPERVISOR: IRENA BOLEMO GARRIDO			
CARGO: TECNICO AREA SALUD - SUPERVISORA			
FIRMA: <i>Irena Bolemo Garrido</i>			
FECHA DE INFORME: 24/12/2025			