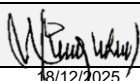


	FORMATO				CÓDIGO:CO-P1-F1	
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN				FECHA: 28/01/2022	
	PROCESO DE CONTRATACIÓN				PÁGINA: 1 de 1	
4. CUMPLIMIENTO						
(Aquí se describe si el contratista está cumpliendo o incumpliendo sus obligaciones pactadas en el contrato) Se pueden insertar los espacios necesarios por cada obligación contractual adquirida						
OBLIGACIÓN No. 1. Apoyar a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba, en la consolidación de los datos para elaborar los informes relacionados con el consumo de los medicamentos sometidos a fiscalización (Monopolio del Estado - Control Especial), los cuales serán enviados al Fondo Nacional de Estupefacientes de forma mensual y trimestral				% CUMPLIMIENTO	100	
ACTIVIDADES				MOSTRÓ EVIDENCIAS		
				SI	NO	
Se realiza el back del sistema con el fin de verificar las salidas y entradas de los medicamentos monopolio del Estado distribuidos en el departamento de Córdoba, a las entidades inscritas.				X		
Se anexa PDF						
Observaciones:						
ACTIVIDADES				% CUMPLIMIENTO	100	
				MOSTRÓ EVIDENCIAS		
OBLIGACIÓN No. 2. Realizar actividades de farmacovigilancia relacionadas con los medicamentos sometidos a fiscalización (Monopolio del Estado - Control Especial) en las entidades inscritas en la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba.				SI	NO	
Durante el período de ejecución, se realizó jornada de capacitación y asistencia técnica sobre el formato HENRI de medición de la implementación del Programa de Farmacovigilancia Institucional, a los referentes de las IPS de mediana y alta complejidad del departamento. -AMBU SAS -CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU -CLINICA LA TRINIDAD CONSESIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS -ESE CAMU MONITOS -HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA -PROPHARMA -ROXANA GARZON ESTETICA -TODO SALUD IPS				X		
Observaciones:						
ACTIVIDADES				% CUMPLIMIENTO	100	
				MOSTRÓ EVIDENCIAS		
OBLIGACIÓN No 3. Apoyar a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba, en las actividades de inspección, vigilancia y control (IVC) a las entidades autorizadas para el manejo de los medicamentos sometidos a fiscalización; para lo cual deberá presentar un informe detallado.				SI	NO	
Durante el período de ejecución, se realizo visita a la siguiente entidad: - CLÍNICA DE SALUD MENTAL SANTA MARÍA, localizada en la carrera 3 #2 – 80 vereda Los Pericos en el Municipio de Montería (Córdoba), representada legalmente por el señor Oscar Luis Betancourt Argumedo, y que la dirección técnica se encuentra a cargo del Q.F. Andrés Martínez Morales. Concepto Favorable.				-	-	
Observaciones:						
ACTIVIDADES				% CUMPLIMIENTO	100	
				MOSTRÓ EVIDENCIAS		
OBLIGACIÓN No 4. Apoyar a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba, en la elaboración e implementación de un programa de farmacovigilancia en el departamento de Córdoba.				SI	NO	
Se brindó acompañamiento técnico en el diseño de la documentación del programa de Farmacovigilancia departamental, con la creación de los usuarios en la plataforma vigiflow.				X		
Observaciones:						
ACTIVIDADES				% CUMPLIMIENTO	100	
				MOSTRÓ EVIDENCIAS		
OBLIGACIÓN No 5. Las demás actividades que sean designadas por el supervisor del contrato.				SI	NO	
Durante el periodo referenciado, no fueron designadas actividades que fueran de mi competencia.				-	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	\$ 1.810.000
	SI	NO	31/07/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X	SALUD	SALUDTOTAL	91372365	
SENA		X	PENSIÓN	COLPENSIONES	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF		X	ARL	POSITIVA	sep-25	11/11/2025
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						

 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	
PERSONA JURIDICA REPRESENTANTE LEGAL							
APORTE DE CERTIFICADO		SI	NO	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		dd/mm/aaaa	
CONTRATO:							
6. ASPECTO FINANCIERO							
FORMA DE PAGO(Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):		EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO A SUSCRIBIR SE PAGARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: Cinco (05) mensualidades vencidas, cada una por la suma de: CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS MCTE (\$4.510.000) , 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:		\$ 22.550.000,00					
VALOR PAGADO:		\$ 0					
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:		\$ 9.020.000					
SALDO:		\$ 22.550.000					
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:		CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS (\$4.510.000,00)					
NUEVO SALDO:		\$ 9.020.000					
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL		% AVANCE FÍSICO	80%	% AVANCE FINANCIERO	60%		
40							
7. ASPECTO CONTABLE							
Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado	
1	5/12/2025	\$ 4.510.000,00		Estampilla	\$166.870.00	\$ 0,00	
2	5/12/2025	\$ 4.510.000,00		Estampilla	\$166.870.00	\$ 0,00	
3	5/12/2025	\$ 4.510.000,00		Estampilla	\$166.870.00	\$ 0,00	
4	5/12/2025	\$ 4.510.000,00		-	-	\$ 0,00	
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 PRESENCACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME						
	INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP II	OTRO, CUAL?		
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:	18/12/2025						