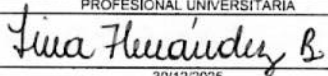


 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO				CÓDIGO:CO-P1-F1				
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN				FECHA: 28/01/2022				
	PROCESO DE CONTRATACIÓN				PÁGINA: 1 de 1				
1. DATOS DEL INFORME									
INFORME No.		FINAL		PERIODO A EVALUAR		09 DE DICIEMBRE AL 23 DE DICIEMBRE			
CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL				FECHA DEL CONTRATO			
CONTRATO		X		DTH-630-2025		7 DE ABRIL DE 2025			
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:		13		No. RP: 1482			
2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO									
NOMBRE CONTRATISTA:		MEILY SOFIA MARQUEZ CHEJNE							
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:		1.087.095.441							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO A LA SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION EN SALUD PUBLICA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, CONTROL DE LOS RIESGOS, EVITABILIDAD Y MINIMIZACION DE LOS DAÑOS DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (CARDIO VASCULARES)							
FECHA ACTA DE INICIO:		09 DE ABRIL 2025							
FECHA DE TERMINACIÓN:		23 DE DICIEMBRE 2025							
DURACIÓN:		OCHO (08) MESES Y QUINCE (15) DIAS, contados a partir de la fecha de inicio del contrato en SECOP II, cumplidos los requisitos de ejecución del contrato, sin que en ningún caso sobrepase la vigencia 2025.							
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)		NO APLICA							
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:		OCHO (08) MESES Y QUINCE (15)							
AVANCE EN TIEMPO:		100,00%							
VALOR INICIAL		\$ 42.372.500							
VALOR REAJUSTE:		NO APLICA							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 42.372.500							
FUENTE DE FINANCIACIÓN:		SGP		X		CONVENIOS		RECURSOS PROPIOS	
OTRO (Especifique)									
OBSERVACIONES:									
3. ASPECTO LEGAL									
GARANTÍAS:		CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y CALIDAD DEL SERVICIO							
VALOR ASEGURADO:		\$ 8.474.500,0		VIGENCIA:		30/06/2026			
ASEGURADORA:		ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		NUMERO DE PÓLIZA:		540-47-994000035042			
CLASES DE GARANTÍAS		%		CUANTÍA		DURACIÓN			
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.		10%		\$ 4.985.000		DESDE 08/04/2025 HASTA 21/12/2025			
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 EXTRA CONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)									
CALIDAD DEL SERVICIO.		10%		\$ 4.985.000		08/04/2025 21/12/2025			
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		%		CUANTÍA		PAGO TOTAL		PAGO PARCIAL	
Estampilla Pro Cultura		0,5%		\$ 211.863,00		X			
Estampilla para el bienestar del adulto mayor		3,0%		\$ 1.271.200		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									

HL

 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			
OBLIGACIÓN No. 1: Elaborar y presentar un cronograma mensual de las actividades programadas, el primer día hábil del mes y notificar por escrito los cambios que se presenten durante la vigencia del contrato.		% CUMPLIMIENTO	100%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
La contratista elaboró y presentó el cronograma de trabajo del periodo correspondiente.		X	
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 2: Realizar una (01) visita presencial de asistencia técnica y una de seguimiento de forma virtual para la implementación de las guías de atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles en las EPS presentes en el departamento e IPS de los municipios asignados por el supervisor y entregar reporte de los avances al supervisor.		% CUMPLIMIENTO	100%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Durante este periodo se realizó visita de seguimiento a la EPS CAJACOPÍ		X	
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 3: Brindar apoyo reportando el primer día hábil del mes, la información relacionada con la ejecución de las asistencias técnicas de acuerdo con el formato definido por el supervisor de contrato o coordinadora de vigilancia en salud pública.		% CUMPLIMIENTO	100%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Se realizó envío de informe de asistencia técnica vía correo electrónico a la coordinadora		X	
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 4: Brindar apoyo fortaleciendo y realizando seguimiento a los comités institucionales de las IPS de los municipios asignados por el supervisor, donde se evidencie el seguimiento de los indicadores trazadores en salud de las enfermedades crónicas no transmisibles, además brindar asistencia técnica para su conformación y/o activación en las IPS donde no están conformados y/o operando los comités institucionales.		% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Durante este periodo no se realizó asistencia técnica a IPS, debido a que ya se ejecuto.			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 5: Brindar apoyo evaluando con la DLS los resultados y el impacto de las acciones individuales y colectivas realizadas a través de los planes de intervenciones colectivas para fortalecer las estrategias que influyen en los modos condiciones y estilos de vida saludable de sus comunidades en cada municipio asignado.		% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Durante este periodo no se realizó asistencia técnica a DLS, debido a que ya lo ejecuto.			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 6: Brindar apoyo socializando y apoyando la implementación de las rutas de atención y gestión del riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, salud visual, auditiva y comunicativa. Verificar a través de la revisión de 5 historias clínicas las atenciones brindadas a la población con enfermedades crónicas no transmisibles, Salud Visual, auditiva y comunicativa.		% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Durante este periodo no se realizó revisión de historias clínicas debido a que ya lo ejecuto.			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 7: Brindar apoyo realizando seguimiento a la red de prestadores de servicios de salud (pública y privada) de los municipios del departamento de Córdoba asignados por el supervisor para evaluar la calidad en la atención en salud percibida por los usuarios de los servicios en los programas de enfermedades crónicas no transmisibles. Coordinar la actividad con líder de atención al usuario de las IPS. Previo a la actividad se debe tener identificada la red de prestadores de las EAPB presentes en los municipios.		% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Durante este periodo no se realizó asistencia técnica a IPS, debido a que ya se ejecuto.			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 8: Participar de las jornadas de capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludables en el marco del nuevo Plan Decenal de Salud Pública programadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría de Desarrollo de la Salud, entre otras entidades, además hacer la socialización en un COVE de los avances de los municipios en la implementación de la estrategia.		% CUMPLIMIENTO	100%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Participo de reunión mensual articulada con INDEPORTES para articular sobre las estrategias implementadas en los municipios sobre estilos de vida saludable y actividad física.		X	
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 9: Brindar apoyo realizando los requerimientos y seguimientos necesarios para obtener la información que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud o cualquier entidad de vigilancia y control o las que sean necesarias para el cumplimiento de las metas de Plan Decenal en Salud Pública y Plan de Desarrollo de la Gobernación de Córdoba.		% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Durante este periodo no se reportaron incumplimientos.			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 10: Participar en reuniones de COVE, mesas de trabajo Intersectoriales y demás reuniones convocadas por la Secretaría de Desarrollo de la Salud o diferentes actores del SGBSS que sean designadas por el supervisor de contrato		% CUMPLIMIENTO	100%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Durante este periodo del contrato se ha asistido a 2 reuniones semanales de revisión de los eventos de interés en salud pública, diciembre 09 y 15 de 2025. Se asistió de manera presencial al COVE departamental realizado el 19 de diciembre de 2025		X	
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 11: Brindar apoyo recopilando y organizando los soportes de los incumplimientos identificados en las DLS, EPS, IPS de acuerdo con las responsabilidades de cada actor definidas en los lineamientos del evento y reportarlos mediante el mecanismo definido por el supervisor, a la oficina de IVC de la Secretaría de Desarrollo de la Salud o al área de prestación de servicios, según sea el caso.		% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Durante este periodo no se reportaron incumplimientos.			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 12: Brindar apoyo participando activamente en el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) de la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba, para la atención de brotes y situaciones de emergencia en salud pública durante la vigencia del contrato, según cronograma y asignación del supervisor.		% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
En el periodo no se estuvo disponible en ERI según cronograma establecido.			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 13: 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



 DEPARTAMENTO DE CORDOBA	FORMATO					CÓDIGO:CO-P1-F1	
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN					FECHA: 28/01/2022	
	PROCESO DE CONTRATACIÓN					PÁGINA: 1 de 1	
Realizo informe final de gestión consolidando acciones realizadas en los municipios del departamento de Córdoba					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		ENTIDADES		NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN		29/11/2025		NUEVA EPS		7996743580	
SENA		X		PENSIÓN		PERIODO	
ICBF		X		ARL		dic-25	
		X		POSITIVA		FECHA PAGO	
						29/11/2025	
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 equipo de trabajo, se							
PERSONA JURIDICA REPRESENTANTE LEGAL							
APORTE DE CERTIFICADO		SI		NO		FECHA	
		X					
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							
EL CONTRATISTA CUMPLE CON TODAS LA 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		
NOMBRE DEL CEDENTE	-	-	IDENTIFICACIÓN	\$ 0,00	-		
NOMBRE DEL CESIONARIO	-	-	IDENTIFICACIÓN	-	VALOR	\$ 0,00	
TERMINACIÓN ANTICIPADA	FECHA DE TERMINACIÓN	ACTA DE TERMINACIÓN		SI	FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA		
	dd/mm/aa			NO	X		
CONTRATO:							
6. ASPECTO FINANCIERO							
FORMA DE PAGO(Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):		OCHO (08) mensualidades vencidas cada una por la suma de CUATRO MILONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MILPESOS M/C/TE (\$4.985.000) y un último pago por la suma de: DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/C/TE (\$2.492.500), para lo cual se requiere la presentación de la cuenta de cobro acompañada del Informe de actividades, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del mes correspondiente.					
VALOR DEL CONTRATO:		\$ 42.372.500					
VALOR PAGADO:		\$ 39.880.000					
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:		\$ 0					
SALDO:		\$ 2.492.500					
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NUEVO SALDO:		DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/C/TE \$ 2.492.500					
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL		6509 - 7568 - 9366 - 11308 - 13837 - 16417 - 19016 - EN TRAMITE - EN TTRAMITE					
		% AVANCE FÍSICO		100%		% AVANCE FINANCIERO	
						94.08%	
OBSERVACIÓN:							
7. ASPECTO CONTABLE							
Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado	
1	9/05/2025	\$ 4.985.000	\$ 0	\$ 0		\$ 4.985.000	
2	9/06/2025	\$ 4.985.000	\$ 0	\$ 0		\$ 4.985.000	
3	9/07/2025	\$ 4.985.000	\$ 0	\$ 0		\$ 4.985.000	
4	9/08/2025	\$ 4.985.000	\$ 0	\$ 0		\$ 4.985.000	
5	9/09/2025	\$ 4.985.000	\$ 0	\$ 0		\$ 4.985.000	
6	9/10/2025	\$ 4.985.000	\$ 0	\$ 0		\$ 4.985.000	
7	9/11/2025	\$ 4.985.000	\$ 0	\$ 0		\$ 4.985.000	
8	9/12/2025	\$ 4.985.000	\$ 0	\$ 0		\$ 4.985.000	
FINAL	EN TRAMITE	\$ 2.492.500	\$ 0	\$ 0		\$ 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 PRESENCACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME						
	INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP II	OTRO, CUAL?		
Anexo 1: Actividad 1: Cronograma	X			X			
Anexo 2: Actividad 2: Asistencias técnica IPS - EPS	X			X			
Anexo 3: Actividad 3: Informe de reporte de Asistencias Técnicas	X			X			
Anexo 4: Actividad 8: Reunion Habilos de estilo de vida Saludable	X			X			
Anexo 5: Actividad 10: reuniones y mesas de trabajo	X			X			
10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR							
ITEM	(Marcar con una x)						
CALIDAD DEL PRODUCTO	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO			
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO		X					
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD		X					
CALIDAD DEL SERVICIO		X					
OBSERVACIONES:							
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINA HERNANDEZ BARROS						
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIA						
FIRMA:							
FECHA DE INFORME:	30/12/2025						