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.	1	PERIODO A EVALUAR		9 DE ENERO DE 2026 AL 8 DE FEBRERO DE 2026	
CLASE (marcar con una x)	NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO	
CONTRATO	DTH-198-2026			7 DE ENERO DE 2026	
ORDEN CONTRACTUAL	No. CDP :	26000019 FECHA 5/01/2026	No. RP:	26000164 FECHA 7/01/2026	

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:	9 DE ENERO DE 2026					
FECHA DE TERMINACIÓN:	8 DE OCTUBRE DE 2026					
DURACIÓN:	NUEVE (09) MESES					
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	0					
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	8 DE OCTUBRE DE 2026					
AVANCE EN TIEMPO:	11.11%					
VALOR INICIAL	$ 44.865.000,00					
VALOR REAJUSTE:	$ 0,00					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 44.865.000,00					
FUENTE DE FINANCIACIÓN:	SPGR	X	CONVENIOS		RECURSOS PROPIOS	
	OTRO (Especifique)					

OBSERVACIONES: Periodo comprendido del 9 DE ENERO DE 2026 AL 8 DE FEBRERO DE 2026

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	$ 8.973.000	VIGENCIA DESDE: VIGENCIA HASTA:	DESDE EL 7/01/2026 HASTA EL 15/04/2027
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO S.A	NÚMERO DE PÓLIZA:	53-46-101021674

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA	DURACIÓN	
			DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	**10%**	**$ 4.486.500**	**01/07/2026**	**15/04/2027**
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%**	**$ 4.486.500**	**01/07/2026**	**15/04/2027**
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: Estampilla para el bienestar del adulto		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-198-2026. 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**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Durante el periodo de ejecución NO apoyé en esta actividad, debido a las directrices para la radicacion y auditoria de cuentas medicas, emanadas por la Secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba, mediante circular 00365 de 31 de octubre 2025. Donde a partir del 01 de noviembre de 2025, el proceso de radiación de cuentas es de forma virtual en la plataforma destinada por la firma contratista D&G Consultores S.A.		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 apoyé en esta actividad, debido a las directrices para la radicacion y auditoria de cuentas medicas, emanadas por la Secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba, mediante circular 00365 de 31 de octubre 2025. Donde a partir del 01 de noviembre de 2025, el proceso de radiación de cuentas es de forma virtual en la plataforma destinada por la firma contratista D&G Consultores S.A.		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 el periodo de ejecución NO apoyé en esta actividad, debido a las directrices para la radicacion y auditoria de cuentas medicas, emanadas por la Secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba, mediante circular 00365 de 31 de octubre 2025. Donde a partir del 01 de noviembre de 2025, el proceso de radiación de cuentas es de forma virtual en la plataforma destinada por la firma contratista D&G Consultores S.A.		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**	**11.11%**
ACTIVIDADES	**MOSTRÓ EVIDENCIAS**	
	SI	**NO**
Durante el periodo de ejecución la Contratista fue para apoyar en la gestión e documental de las facturas de servicios NO PBS, que se encuentra en la oficina, con el objeto de identificar a que IPS pertenecen. Realizado el proceso se identificaron 57 facturas del prestador ESE. Hospital de Montelíbano. Se identificaron 204 facturas de los prestadores AUDIFARMA (190),CLINICA ZAYMA LTDA. (5),SALUD TOTAL EPS S S.A,(9). Durante el periodo de ejecución la Contratista apoyo en la gestión de las bases de datos virtual en la plataforma dispuesta por la firma contratista D&G Consultores S.A.para el proceso de radiación de cuentas medicas por servicios en salud prestados a la población Migrante y PPNA, con el objeto de verificar la información contenida en los archivos Json y las facturas emitida por los prestadores del Departamento. ESE. Hospital San Jerónimo (16 facturas) desde la FE0 251897 a la FE0 253314. . ESE. Hospital San juan (36 facturas) desde la HSJ108329 a la 09484) (21 facturas) y desde HSJ106134 a la HSJ111526. ESE. Hospital Clínica Regional San Jorge (6) desde la FVCE62572 a la FVCR 1758959. CAMU. Santa Teresita (3) desde la CARD1200 a la CARD1404. ESE. Hospital San Jose (10) desde la FE28251 a la FE28432.	X	

OBSERVACIONES: No hay observaciones

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

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	2/06/2026	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN	X	SALUD	SANITAS S.A	4641941006	
SENA	X	PENSIÓN	COLFONDOS	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF	X	ARL	COLMENA	1/01/2026	2/06/2026

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	

5. ASPECTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

(CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÈCNICAS 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		dd/mm/aaaa
CONTRATO:			DTH-198-2026		

6. ASPECTO FINANCIERO

FORMA DE PAGO CONTRATO INICIAL(Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):	nueve (9) Mensualidades vencidas cada una por la suma de: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($4.985.000)			
VALOR DEL CONTRATO	$ 44.865.000			
VALOR PAGADO:	$ 0			
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0			
SALDO:	$ 44.865.000			
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($4.985.000)			
NUEVO SALDO:	$ 39.880.000			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	EN TRAMITE			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	11.11%	% AVANCE FINANCIERO	0%
OBSERVACIÓN:				

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

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)	Valor Pagado
CUENTA 1	18/02/2026	$4.985.000			$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?
	X			X	

10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR

	(Marcar con una x)			
ITEM	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
CALIDAD DEL PRODUCTO				
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO				
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD				
CALIDAD DEL SERVICIO				

OBSERVACIONES:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	KELLY PAOLA ACUÑA LEIVA
CARGO:	SUPERVISORA
FIRMA:	

FECHA DE INFORME: 18 DE FEBRERO DE 2026