



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. | 4 | PERIODO A EVALUAR | 19/04/2026 hasta 18/05/2026 |
| CLASE (marcar con una x) | NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL | | FECHA DEL CONTRATO |
| CONTRATO | X | DTH-344-2026 | 9/02/2026 |
| ORDEN CONTRACTUAL | No. CDP: | 26000033 | No. RP: 26000343 del 13 de enero 2026 |

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

| | | | |
|--|--|-----------|------------------|
| NOMBRE CONTRATISTA: | FRANCISCO JAVIER PEREZ CARRASCAL | | |
| NIT / CEDULA DE CIUDADANIA: | 7.381.931 | | |
| 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: | 19/01/2026 | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 18/12/2026 | | |
| DURACIÓN: | 11 Meses | | |
| TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA) | | | |
| TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN: | 11 Meses | | |
| AVANCE EN TIEMPO: | 36,36% | | |
| VALOR INICIAL | \$ 49.610.000,00 | | |
| VALOR REAJUSTE: | \$ 0,00 | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | \$ 49.610.000,00 | | |
| FUENTE DE FINANCIACIÓN: | SPGR | CONVENIOS | RECURSOS PROPIOS |
| | OTRO (Especifique) | | |

OBSERVACIONES:

3. ASPECTO LEGAL

| | | | |
|------------------|---|-------------------|-----------------------------|
| GARANTÍAS: | CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y CALIDAD DEL SERVICIO | | |
| VALOR ASEGURADO: | \$ 9.922.000,00 | VIGENCIA: | 09/01/2026 hasta 20/06/2027 |
| ASEGURADORA: | PREVISORA SEGUROS | NÚMERO DE PÓLIZA: | 3021760 |


| CLASES DE GARANTÍAS | % | CUANTÍA | DURACIÓN | |
|---|-----|-----------------|------------|------------|
| | | | DESDE | HASTA |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. | 10% | \$ 4.961.000,00 | 09/01/2026 | 20/06/2027 |
| 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 EXTRACONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES) | | | | |
| CALIDAD DEL SERVICIO. | 10% | \$ 4.961.000,00 | 09/01/2026 | 20/06/2027 |
| 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 | ACUERDO DE PAGO | | | |
| | | | | | No. Acuerdo | Fecha Acordada | No Cuota pagada periodo | Estado de la fecha del informe |
| Estampilla Pro Cultura | 0,5% | \$ 248.050,00 | X | | | | | |
| Estampilla para el bienestar del adulto mayor | 3,0% | \$ 1.488.300,00 | 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

| | | | | | | |
|--|---|----------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------|---------------------------|
|  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: Administrar el Sistema de Información Nominal del Programa Ampliado de Inmunización (PAIWEB) en el Departamento de Córdoba, mediante auditoría para la gestión de usuarios en PAIWEB 2.0 y la aprobación de solicitudes de cambio generadas por los digitadores de las IPS vacunadoras. Para evidenciar esta actividad el contratista deberá presentar: a) Consolidado de solicitudes realizadas por municipio de la gestión de Usuarios en PAIWEB 2.0 que soliciten los coordinadores PAI de las IPS vacunadoras del departamento de Córdoba. b). Consolidado mensual de matriz de solicitudes de cambios recibidas, con información de la institución del municipio que las realiza. | | | % CUMPLIMIENTO | | 100% | |
| ACTIVIDADES | | | MOSTRÓ EVIDENCIAS | | | |
| | | | SI | | NO | |
| a) En el periodo comprendido entre el 19 abril y el 18 de mayo del 2026, se recibieron un total de (151) relacionadas con la gestión de usuarios en PAIWEB, para la activación de usuarios, para bloqueos de usuario, para crear nuevos usuarios, actualización de perfil o rol, especificados de la siguiente manera. | | | X | | | |
| OBLIGACIÓN No. 2 Realizar Fortalecimiento a Capacidades y/o Asistencia Técnica y en el componente de Sistema de Información del Programa Ampliado de Inmunización en los 30 municipios del Departamento de Córdoba, según lo solicitud de los municipios, para lo cual, deberá presentar listado de asistencias y registro fotográfico. | | | % CUMPLIMIENTO | | 100% | |
| ACTIVIDADES | | | MOSTRÓ EVIDENCIAS | | | |
| | | | SI | | NO | |
| En este periodo no se realizaron solicitudes de asistencias técnicas por parte de los 30 municipios del departamento de Córdoba | | | X | | | |
| OBLIGACIÓN No. 3: Realizar la recepción, revisión y consolidación de los reportes mensuales de dosis aplicadas, de todos los Biológicos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), enviados por los 30 municipios del Departamento de Córdoba, en los formatos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), para su respectivo ingreso en la base de datos de la oficina del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la Secretaría de Desarrollo de la Salud, la obtención de indicadores (Acceso y Deserción, seguimiento RN), coberturas de vacunación y su envío mensual, hasta el día 10 calendario, a la Coordinación PAI del MSPS y el día 20 de cada mes, los ajustes que se consideren necesarios (inclusión de la información faltante cuando no hubo reporte de todos los municipios y devoluciones). | | | % CUMPLIMIENTO | | 100% | |
| ACTIVIDADES | | | MOSTRÓ EVIDENCIAS | | | |
| | | | SI | | NO | |
| El contratista Recibió los informes mensuales de vacunación de los 30 Municipios del departamento del mes de abril y se organiza en la plantilla del MSPS. El día 10 de mayo se realizó envío del mensual de dosis aplicadas del programa permanente del mes de abril del 2026. El día 10 de mayo se realizó envío del mensual de dosis aplicadas del programa permanente del mes de abril del 2026. El 18-05-2026 se hace envío de ajuste al mes de abril del 2026 | | | X | | | |
| OBLIGACIÓN No. 4: Realizar la recepción, revisión, consolidación y envío al Ministerio de Salud y Protección social los reportes de dosis aplicadas de los 30 municipios del Departamento de Córdoba, producto de las Jornadas Nacionales de Vacunación (enero, abril, julio y octubre), definidas en los lineamientos del PAI por el Ministerio de Salud y Protección Social y las Jornadas Adicionales establecidas por el Programa Ampliado de Inmunización de la Secretaría de Desarrollo de Salud del Departamento de Córdoba. | | | % CUMPLIMIENTO | | 100% | |
| ACTIVIDADES | | | MOSTRÓ EVIDENCIAS | | | |
| | | | SI | | NO | |
| El contratista realizó la recepción, revisión, consolidación y envió al Ministerio de Salud y Protección social los reportes correspondientes a la PREJORNADA nacional de vacunación 25-04-2026, reportes de la SVA el 05-05-2026. Reportes semanales al MSPS correspondientes a la vacunación contra FA, SR y TV el 07-05-2026, 13-05-2026, 23-04-2026 y 29-04-2026, y reporte seguimiento vacunación contra el dengue 18-05-2026, 05-05-2026 y 20-04-2026. | | | X | | | |
| OBLIGACIÓN No. 5: Articular con el Referente de Red de Frío y Dispensación para la consolidación y envío oportuno mensual del movimiento de Biológicos al Ministerio de Salud y Protección Social, para la realización de la programación de la necesidad de vacunas e insumos mensuales, de acuerdo con los lineamientos PAI Nacionales vigentes. El soporte de esta actividad es el consolidado mensual del movimiento de biológicos de los municipios del departamento de Córdoba. | | | % CUMPLIMIENTO | | 100% | |
| ACTIVIDADES | | | MOSTRÓ EVIDENCIAS | | | |
| | | | SI | | NO | |
| abrilEl contratista movimiento de biológicos del mes de marzo de los 30 municipios del departamento de Córdoba, y di traslado al ingeniero encargado para que realizar la consolidación del movimiento general del departamento, en articulación con el referente de Red de Frío, dando cumplimiento con este requerimiento nacional. | | | X | | | |
| OBLIGACIÓN No. 6: Participar activamente en espacios de crecimiento académico, escenarios de análisis de coberturas, planeación y seguimiento de estrategias de mejoramiento del PAI Departamental. Para evidenciar el cumplimiento de esta obligación deberá aportar listado de asistencias y registro fotográfico. | | | % CUMPLIMIENTO | | 100% | |
| ACTIVIDADES | | | MOSTRÓ EVIDENCIAS | | | |
| | | | SI | | NO | |
| En este periodo el contratista participó reunión virtual socialización Lineamientos de monitoreo rápido el 12-05-2026. Participó en reunión virtual con el MSPS, para tratar temas relacionados con el ajuste de las metas programáticas 2026. | | | X | | | |
| OBLIGACIÓN No. 7: Acompañamiento al PAI departamental en la respuesta de los requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de la 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 | | 100% | |
| ACTIVIDADES | | | MOSTRÓ EVIDENCIAS | | | |
| | | | SI | | NO | |
| No se presentaron requerimientos de la alta dirección, y los formulados por los entes de control, Ministerio de la Protección Social y la Secretaría de Desarrollo de la Salud | | | X | | | |
| OBLIGACIÓN No. 8: Acompañamiento en el diseño y estandarización de las nuevas estrategias tecnológicas para el mejoramiento de la gestión y administración del programa ampliado de inmunización del departamento de Córdoba en la vigencia 2025, en articulación con el equipo de referentes de sistema de información del PAI Departamental | | | % CUMPLIMIENTO | | 100% | |
| ACTIVIDADES | | | MOSTRÓ EVIDENCIAS | | | |
| | | | SI | | NO | |
| En este periodo el contratista realiza actualización de dashboard para realizar seguimiento a rezagos de las diferentes ips vacunadoras del departamento de Córdoba | | | X | | | |
| OBLIGACIÓN No. 9: Presentar informes mensuales de actividades e informe final de ejecución del contrato, de conformidad con los formatos establecidos para tal efecto. | | | % CUMPLIMIENTO | | 100% | |
| ACTIVIDADES | | | MOSTRÓ EVIDENCIAS | | | |
| | | | SI | | NO | |
| El contratista presenta informe mensual correspondiente al periodo comprendido del 19 de abril al 18 de mayo del 2026, de las actividades de conformidad con la ejecución del contrato. | | | X | | | |
| OBLIGACIÓN No. 10: Las demás funciones asignadas por el supervisor del contrato de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo | | | % CUMPLIMIENTO | | 100% | |
| ACTIVIDADES | | | MOSTRÓ EVIDENCIAS | | | |
| | | | SI | | NO | |
| En este periodo el contratista crea diapositivas para la presentación lineamientos I de monitoreo rápido 2026, diapositivas para tratar temas relacionados con el ajuste de las metas programáticas 2026. Realizó devolución de las dosis aplicadas a población perteneciente al departamento de sucre el 15-05-2026. Dio respuesta a Solicitud Base de Datos SFTP 27-04-2026. Envío mediante correo electrónico lineamientos de monitoreo rápido y formatos a los coordinadores y municipios del departamento de Córdoba el 05-05-2026 | | | X | | | |
| % CUMPLIMIENTO | | | 100% | | | |
| 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 |
| | | may-26 | | ENTIDADES | | NUMERO DE PLANILLA |
| CAJA DE COMPENSACIÓN | | X | | SALUD | | 4664527391 |
| SENA | | X | | PENSIÓN | | PERIODO |
| ICBF | | X | | ARL | | FECHA PAGO |
| | | | | POSITIVA | | ABRIL 25/05/2026 |
| 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 | | | | | | |
| APORTE DE CERTIFICADO | | SI | | NO | | FECHA |
| | | | | X | | |

**FORMATO**

CÓDIGO:CO-P1-F1

INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN

FECHA: 28/01/2022

PROCESO DE CONTRATACIÓN

PÁGINA: 1 de 1

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 | ACTA DE TERMINACIÓN | SI | FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA |
|------------------------|----------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| | dd/mm/aa | | NO | |
| | | | | |

CONTRATO:

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: CUATRO MILLONES QUINTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE (\$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, Pensiones y Riesgos Laborales del mes correspondiente. | | |
| VALOR DEL CONTRATO: | \$ 49.610.000,00 | | |
| VALOR PAGADO: | \$ 13.530.000,00 | | |
| VALOR EN TRAMITE DE PAGO: | \$ 0,00 | | |
| SALDO: | \$ 36.080.000,00 | | |
| VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NUEVO SALDO: | CUATRO MILLONES QUINTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE (\$4.510.000) \$ 31.570.000 | | |
| RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS | CE2026001432, CE2026000393, CE2026001516 | | |
| PORCENTAJE DE EJECUCION DEL CONTRATO | % AVANCE FISICO | 36,36% | % AVANCE FINANCIERO 27,27% |

OBSERVACIÓN:

7. ASPECTO CONTABLE

| Factura / Cuenta de Cobro N.º | Fecha | Valor de la Factura | Amortización | Descuentos (Detalle/Valor) | Valor Pagado |
|-------------------------------|------------|---------------------|--------------|----------------------------|--------------|
| 1 | 24/02/2026 | \$ 4.510.000 | | | \$ 4.510.000 |
| 2 | 24/03/2026 | \$ 4.510.000 | | | \$ 4.510.000 |
| 3 | 22/04/2026 | \$ 4.510.000 | | | \$ 4.510.000 |
| 4 | 22/05/2026 | \$ 4.510.000 | | | \$ 0,00 |

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 PRESENCIA DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME | | | | |
|--|---|-----------|-------|----------|-------------|
| | INFORME FÍSICO | MÁGNETICO | FOTOS | SECOP II | OTRO, CUAL? |
| , INFORME DE LOS REGISTROS RELIZADOS EN PAIWEB, PLINILLAS REPORTES DE DOSIS APLICADAS, CORREOS ELECTRONICOS ENVIADOS | 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 | | |

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

IRLENA BOLEMO GARRIDO

CARGO:

TECNICO AREA DE LA SALUD

FIRMA:

FECHA DE INFORME:

25/05/2026