 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO				CÓDIGO:CO-P1-F1			
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN				FECHA: 28/01/2022			
	PROCESO DE CONTRATACION				PÁGINA: 1 de 1			
1. DATOS DEL INFORME								
INFORME No.	5		PERIODO A EVALUAR		14 DE MAYO AL 13 DE JUNIO DE 2026.			
CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO			
CONTRATO	X		DTH-462-2026			10 DE ENERO DE 2026		
ORDEN CONTRACTUAL	No. CDP:	26000019	No. RP:	26000290				
2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO								
NOMBRE CONTRATISTA:	EUCLIDES ANTONIO RIVERA MEJIA							
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	6.889.682							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL ÁREA DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.							
FECHA ACTA DE INICIO:	14/01/2026							
FECHA DE TERMINACIÓN:	13/10/2026							
DURACIÓN:	NUEVE (09) MESES							
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	N/A							
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	N/A							
AVANCE EN TIEMPO:	55.55%							
VALOR INICIAL	\$ 44.865.000							
VALOR REAJUSTE:	N/A							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	CUARENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/TE (\$ 44.865.000).							
FUENTE DE FINANCIACIÓN:	SPGR		CONVENIOS		RECURSOS PROPIOS	X		
	OTRO (Especifique)							
OBSERVACIONES: Informe de Supervisión por el período comprendido entre <u>14 DE MAYO AL 13 DE JUNIO DE 2026</u> .								
3. ASPECTO LEGAL								
GARANTÍAS:	INICIAL: 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:	\$ 8.973.000,00	VIGENCIA:	10/01/2026 A	25/04/2027				
ASEGURADORA:	SEGUROS MUNDIAL	NÚMERO DE PÓLIZA:	CG-1071200					
CLASES DE GARANTÍAS		%	CUANTÍA	DURACIÓN				
				DESDE	HASTA			
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.		10%	\$ 4.486.500,00	10/01/2026	25/04/2027			
MANEJO Y BUENA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.		NA						
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL EMPLEADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.		NA	0	NA	NA			
ESTABILIDAD DE LA OBRA.		NA	0	NA	NA			
RESPONSABILIDAD EXTRAGONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)		NA	0	NA	NA			
CALIDAD DEL SERVICIO.		10%	\$ 4.486.500,00	10/01/2026	25/04/2027			
CALIDAD DE LOS BIENES.		NA	0	NA	NA			
CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS.		NA	0	NA	NA			
PERMISOS, LICENCIAS Y DEMÁS REQUERIDOS		NA	0	NA	NA			
NOTA: En caso de requerir licencias o permisos para ejecutar las actividades contractuales, se deben relacionar y validar su cumplimiento								
OBSERVACIONES:								
CONTRATO INICIAL								
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	%	CUANTIA	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%	\$ 224.525,00	\$ 0	0	NA	NA	NA	NA
Estampilla para el bienestar del adulto mayor	3,0%	\$ 1.346.000,00	\$ 0	0	NA	NA	NA	NA
Estampilla Pro Desarrollo Económico	2,0%	\$ 0,00	0	0	NA	NA	NA	NA
Estampilla Pro Desarrollo Departamental	2,0%	\$ 0,00	0	0	NA	NA	NA	NA
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								



FORMATO

CÓDIGO:CO-P1-F1

INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN

FECHA: 28/01/2022

PROCESO DE CONTRATACION

PÁGINA: 1 de 1

4. CUMPLIMIENTO

El contratista cumplió durante el período comprendido entre **14 DE MAYO AL 13 DE JUNIO DE 2026**, con el objeto y con las obligaciones estipuladas en el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales N° DTH- 462-DE FECHA 10 DE ENERO DE 2026, cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL ÁREA DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.**

OBLIGACIÓN No. 1: a). Presentar cronograma de trabajo mensual e informe por escrito de los cambios que se generen.

% CUMPLIMIENTO

55.55%

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

La contratista En cumplimiento a esta obligación, durante el periodo comprendido entre el **14 DE MAYO AL 13 DE JUNIO DE 2026**, Brindó apoyo a la Secretaria de Desarrollo de la Salud Departamental, , en diferentes actividades las cuales fueron realizadas en la secretaria de salud del Departamento de Córdoba. Esta actividad fue realizada el **14 Mayo** al **13 de Junio 2026** y tengo como evidencia cronograma de trabajo

X

OBSERVACIONES:NO HAY OBSERVACIONES PARA EL PERIODO INFORMADO

OBLIGACIÓN No. 2: .b).Brindar apoyo en la elaboración de los parámetros técnicos, programas, planes, procesos y procedimientos para la inspección, vigilancia y seguimiento, y mejoramiento continuo en cumplimiento de la normatividad vigente de las Entidades Aministradoras de Planes de Benefició en Salud — EAPB.

% CUMPLIMIENTO

55.55%

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

La contratista En cumplimiento a esta obligación, brindo´ apoyo a la secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba, participando en la mesa de trabajo realizada en la oficina del área de aseguramiento de la SDSC. Sobre la planeación de la fase de verificación de las auditorias GAUDI de los municipios del departamento de Córdoba.

Esta actividad fue realizada el día 14 de abril de 2026, y tengo como evidencia registro fotográfico.

X

OBSERVACIONES: NO HAY OBSERVACIONES PARA EL PERIODO INFORMADO

OBLIGACIÓN No. 3:c). Brindar apoyo en la elaboración, aplicación, diligenciamiento, validación, verificación y actualización de los instrumentos de inspección, vigilancia y seguimiento a las Entidades Aministradoras de Planes de Beneficio en Salud - EAPB-.

% CUMPLIMIENTO

55.55%

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI


NO

EL contratista En cumplimiento a esta obligación, brindo´ apoyo a la secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba, realizando un seguimiento diario a las auditorias Gaudi, para que las DLS, las pasen a la fase de verificación y poder adelantar las fases venideras.

Esta actividad fue realizada el día 4 al 12 de mayo de 2026, y tengo como evidencia pantallazo del aplicativo auditorias Gaudi, segundo semestre 2025.

X

OBSERVACIONES: NO HAY OBSERVACIONES PARA EL PERIODO INFORMADO

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO		CÓDIGO:CO-P1-F1
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACION		PÁGINA: 1 de 1
OBLIGACIÓN No.4: d). Brindar apoyo en la realización de auditorías, siguiendo para el efecto, la Guía de Auditoría establecida por la Superintendencia Nacional de Salud Como instrumento para cumplir con las funciones de inspección y vigilancia de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB de los Regimenes Contributivo y Subsidiado que operan en el departamento de Córdoba.		% CUMPLIMIENTO	N/A
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
La contratista En cumplimiento a esta obligación, durante el período comprendido entre el <u>14 DE MAYO AL 13 DE JUNIO DE 2026</u> , No realizo´ esta actividad			X
OBSERVACIONES:NO HAY OBSERVACIONES PARA EL PERIODO INFORMADO			
OBLIGACIÓN No.5: e). Brindar apoyo en la verificación y validación de las auditorías realizadas por los municipios del departamento de Córdoba, para la cual deberá analizar la información en cumplimiento del rol de verificador, debiendo solicitar las aclaraciones y correcciones que estime necesarias a fin de que los mismos sean remitidas a la Superintendencia Nacional de Salud en condiciones de calidad y oportunidad		% CUMPLIMIENTO	55.55%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
EL contratista De acuerdo con esta obligación, desarrollo´ la actividad de brindar apoyo a la Secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba, participando en la fase de VERIFICACION del proceso de auditoria GAUDI de los por las DLS de todos los municipios del Departamento de Córdoba, de las siguientes auditorias de los RC y RS. 43608, 41250, 42855, 39395, 39834, 43300, 43545, 44976, 44002, 43427, 40930, 39982, 40485, 40701, 40383, 43611, 43587, 44846, 44588, 43864, 43862, 44020, 45192, 43283, 41245, 44255, 45271, 44874, 44019, 44892, 44188, 45194, 40966, 43293, 44044, 43378, 43377, 43866, 44215, 45152, 40941, 42965, 39580, 39581, 40496, 41597, 44711, 44888, 39619, 44144, 44239, 43535, 41311, 44243, 41588, 43577, 44662, 44661, 40956, 43060, 43946, 43914, 44730, 43056, 44632, 43528, 43551, 43055, 43597, 42961, 43370, 42880, 43246, 40511, 41039, 40710, 40521, 40930, 41602, 41642, 41598, 44054, 44571, 43825, 43297, 43404, 43318, 43480, 43499. Esta actividad fue realizada desde el 11 de abril al 12 de mayo de 2026, y tengo como evidencia, pantallazo del consolidado en el drive en WhatsApp		X	
OBSERVACIONES:NO HAY OBSERVACIONES PARA EL PERIODO INFORMADO			
OBLIGACIÓN No.6: f). brindar apoyo en la emisión de conceptos y/o respuesta a los requerimientos y solicitudes de los diferentes actores y entes de control, relacionadas can aseguramiento en salud.		% CUMPLIMIENTO	55.55%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
El contratista De acuerdo con esta obligación, desarrollo´ la actividad de brindar apoyo a la Secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba, participando en la elaboración de la Nota Recordatoria, acto administrativo que le recuerda a las DLS la responsabilidad que tienen con los términos y requisitos exigidos par la Guía de Auditoria GAUDI, V-5 Esta actividad fue realizada en la oficina del área de aseguramiento de la SDSC, El día 21 de abril de 2026. Y tengo como evidencia Nota Recordatoria.		X	
OBSERVACIONES:NO HAY OBSERVACIONES PARA EL PERIODO INFORMADO			



FORMATO

CÓDIGO:CO-P1-F1

INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN

FECHA: 28/01/2022

PROCESO DE CONTRATACION

PÁGINA: 1 de 1

OBLIGACIÓN No.7: g). Brindar apoyo en el proceso de inspección, vigilancia y seguimiento de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud —EAPB

% CUMPLIMIENTO

N/A

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

La contratista En cumplimiento a esta obligación, durante el período comprendido entre el 14 DE MAYO AL 13 DE JUNIO DE 2026, No realizo´ esta actividad

X

OBSERVACIONES: NO LE FUERON ASIGNADAS ESTAS FUNCIONES EN EL PERIODO

OBLIGACIÓN No. 8: h). Brindar apoyo en la revisión, estudio, evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento concertados entre las Direcciones Locales de Salud de los municipios del departamento de Córdoba y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud —EAPB, con ocasión a las auditorías GAUDI.

% CUMPLIMIENTO

N/A

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

La contratista En cumplimiento a esta obligación, durante el período comprendido entre el 14 DE MAYO AL 13 DE JUNIO DE 2026, No realizo´ esta actividad

X

OBSERVACIONE NO LE FUERON ASIGNADAS ESTAS FUNCIONES EN EL PERIODO

OBLIGACIÓN No. 9: i). Brindar apoyo la revisión, estudio, evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento presentados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud —EAPB, a la secretaria de Desarrollo de la Salud en el componente de Aseguramiento.

% CUMPLIMIENTO

55.55%

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

EL contratista De acuerdo con esta obligación, desarrollo´ la actividad de brindar apoyo a la Secretaria de Desarrollo de la Salud, participando en la asistencia técnica a la DLS del municipio de Planeta Rica, con la participación del área de aseguramiento del municipio de Pueblo Nuevo del Departamento de Córdoba.

Esta actividad fue realizada en la casa de la mujer del municipio de Planeta Rica, El día 22 de abril de 2026. Y tengo como evidencia acta de la asistencia técnica y registro fotográfico.

X

De acuerdo con esta obligación, desarrollo´ la actividad de brindar apoyo a la Secretaria de Desarrollo de la Salud, participando en la asistencia técnica a la DLS del municipio de Tierraalta, con la participación del área de aseguramiento del municipio de Valencia del Departamento de Córdoba.

Esta actividad fue realizada en el auditorio de la Secretaria de salud del municipio de Iorica. El día 15 de abril de 2026. Y tengo como evidencia acta de la asistencia técnica y registro fotográfico.

OBSERVACIONES:NO HAY OBSERVACIONES PARA EL PERIODO INFORMADO



FORMATO

CÓDIGO:CO-P1-F1

INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN

FECHA: 28/01/2022

PROCESO DE CONTRATACION

PÁGINA: 1 de 1

OBLIGACIÓN No. 10: j). Brindar apoyo en la orientación y realización de asistencias técnicas a las direcciones locales de salud de los municipios del departamento de Córdoba en temas relacionados con aseguramiento

% CUMPLIMIENTO

N/A

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

La contratista En cumplimiento a esta obligación, durante el período comprendido entre el 14 DE MAYO AL 13 DE JUNIO DE 2026, No realizo' esta actividad

x

OBSERVACIONES: NO LE FUERON ASIGNADAS ESTAS FUNCIONES EN EL PERIODO

OBLIGACIÓN No. 11: k). Brindar apoyo en la supervisión de los contratos que le sean asignados por el supervisor del contrato

% CUMPLIMIENTO

N/A

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

La contratista En cumplimiento a esta obligación, durante el período comprendido entre el 14 DE MAYO AL 13 DE JUNIO DE 2026, No realizo' esta actividad

x

OBSERVACIONES: NO LE FUERON ASIGNADAS ESTAS FUNCIONES EN EL PERIODO

OBLIGACIÓN No. 12: l).Cargar de manera mensual los Informes de las obligaciones contractuales en el drive definido para tal fin.

% CUMPLIMIENTO

55.55%

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

EL contratista De acuerdo con esta obligación, desarrolló la actividad de brindar apoyo a la Secretaria de Desarrollo de la Salud, participando en la realización del cargue mensual en el Drive.

Esta actividad fue realizada en la oficina del área de aseguramiento de la SDSC. El día 13 de abril de 2026. Y tengo como evidencia pantallazo de la actividad.

x

OBSERVACIONES:NO HAY OBSERVACIONES PARA EL PERIODO INFORMADO

OBLIGACIÓN No. 13: M). Cumplir con las demás que le asigne el supervisor del contrato, que tengan relación con el objeto contractual, con calidad, oportunidad y pertinencia.

% CUMPLIMIENTO

N/A

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

La contratista En cumplimiento a esta obligación, durante el período comprendido entre el 14 DE MAYO AL 13 DE JUNIO DE 2026, No realizo' esta actividad

x

OBSERVACIONES: NO LE FUERON ASIGNADAS ESTAS FUNCIONES EN EL PERIODO

OBLIGACIÓN No. 13: n) Cumplir con las demás que se le asigne el supervisor del contrato, que tengan relación con el objeto contractual, con calidad, oportunidad y pertinencia.

% CUMPLIMIENTO

N/A

ACTIVIDADES

MOSTRÓ EVIDENCIAS

SI

NO

La contratista En cumplimiento a esta obligación, durante el período comprendido entre el 14 DE MAYO AL 13 DE JUNIO DE 2026, No realizo' esta actividad

x

OBSERVACIONES: NO LE FUERON ASIGNADAS ESTAS FUNCIONES EN EL PERIODO



FORMATO

CÓDIGO:CO-P1-F1

INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN

FECHA: 28/01/2022

PROCESO DE CONTRATACION

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	\$ 1.848.143	
	SI	NO	may-26	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X	SALUD	SANITAS EPS	4653693075	
SENA		X	PENSIÓN	COLPENSIONES	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF		X	ARL	POSITIVA S.A.	may-26	17-jun-26

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

	SI	NO	FECHA
APORTE DE CERTIFICADO			

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	
-	-	-	-	-		
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:		DTH-462-2026		

6. ASPECTO FINANCIERO

FORMA DE PAGO INICIAL (Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):	NUEVE (09) 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:	\$ 19.940.000			
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	\$ 0			
SALDO:	\$ 24.925.000			
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:	\$ 19.940.000			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	2026000615 - 2026002021 - 2026003658 - 2026005347 - EN TRAMITE			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	55.55%	% AVANCE FINANCIERO	44.44%

OBSERVACIÓN:

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha Cuenta de cobro	Valor de la cuenta de cobro	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado
PAGO N° 1	18/02/2026	\$ 4.985.000			\$ 184.445	\$ 4.800.555
PAGO N° 2	16/03/2026	\$ 4.985.000			\$ 184.445	\$ 4.800.555
PAGO N° 3	14/04/2026	\$ 4.985.000			\$ 184.445	\$ 4.800.555
PAGO N° 4	13/05/2026	\$ 4.985.000			\$ 184.445	\$ 4.800.555
PAGO N° 5	17/06/2026	\$ 4.985.000				\$ 0



DEPARTAMENTO
DE CÓRDOBA

FORMATO

CÓDIGO:CO-P1-F1

INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN

FECHA: 28/01/2022

PROCESO DE CONTRATACION

PÁGINA: 1 de 1

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?
PDF EN PLATAFORMA SECOP II DONDE SE DESCRIBEN TODAS Y CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO				X	según certificado firmado por el supervisor en el cual certifico que recibí a satisfacción y aprobo el informe de ejecución de actividades

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: **FERNANDO LUIS PALOMINO MAUSSA**

Profesional Universitario - Área Aseguramiento Secretaria de Salud Departamental

CARGO:

FIRMA:

FECHA DE INFORME:

17 DE JUNIO DE 2026