 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	<b>FORMATO</b>		CÓDIGO:CO-P1-F1
	<b>INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN</b>		FECHA: 28/01/2022
	<b>PROCESO DE CONTRATACIÓN</b>		PÁGINA: 1 de 1

**1. DATOS DEL INFORME**

INFORME No.	4	PERIODO A EVALUAR	29 DE ABRIL DE 2026 AL 28 DE MAYO DE 2026
-------------	---	-------------------	---

CLASE (marcar con una x)	NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL	FECHA DEL CONTRATO
CONTRATO <input checked="" type="checkbox"/>	DTH-925-2026	19 DE ENERO DE 2026
ORDEN CONTRACTUAL <input type="checkbox"/>	No. CDP: 26000022 DE 5 DE ENERO DE 2026      No. RP: 26001283 DE 27 DE ENERO DE 2026	

**2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO**

NOMBRE CONTRATISTA:	GINA VIVIANY MUÑOZ VILORIA		
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	34.948.623		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO A LA SECRETARÍA DE DESARROLLO DE LA SALUD DE LA GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA, EN EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS CON CONDICIONES ENDEMO-EPIDEMICAS DE ETV Y ZOONOSIS.		
FECHA ACTA DE INICIO:	29 DE ENERO DE 2026		
FECHA DE TERMINACIÓN:	28 DE SEPTIEMBRE DE 2026		
DURACIÓN:	8 MESES		
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	NO APLICA		
TIEMPO PARCIAL DE EJECUCIÓN:	8 MESES		
AVANCE EN TIEMPO:	50,00%		
VALOR INICIAL	\$ 36.080.000,00		
VALOR REAJUSTE:	\$ 0,00		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 36.080.000,00		
FUENTE DE FINANCIACIÓN:	SPGR <input type="checkbox"/>	CONVENIOS <input type="checkbox"/>	RECURSOS PROPIOS <input checked="" type="checkbox"/>
	OTRO (Especifique)		

**3. ASPECTO LEGAL**

GARANTÍAS:	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO 10% DEL VALOR DEL CONTRATO POR EL TERMINO DEL MISMO Y 6 MESES MAS. CALIDAD DEL SERVICIO 10% DEL VALOR DEL CONTRATO POR EL TERMINO DEL MISMO Y 6 MESES MAS.		
VALOR ASEGURADO:	\$ 7.216.000,00	VIGENCIA:	08/04/2027
ASEGURADORA:	SEGUROS MUNDIAL	NÚMERO DE PÓLIZA:	CG-1072028

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA	DURACIÓN	
			DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	10%	\$ 3.608.000,00	19/01/2026	08/04/2027
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 EXTRA CONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
CALIDAD DEL SERVICIO.	10%	\$ 3.608.000,00	19/01/2026	08/04/2027
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
REQUISITOS, 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 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 da la fecha del informe
Estampilla Pro Cultura	0,5%	\$180.400		X				
Estampilla para el bienestar del adulto mayor	3,0%	\$1.082.400		X				
Estampilla Pro Desarrollo	2,0%							
Estampilla Pro Desarrollo	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


**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 la realización del diagnóstico, selección de municipio o localidades objeto y capacidades para la Implementación de la RIAS de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores y zoonosis	<b>% CUMPLIMIENTO</b>	0,00%
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MOSTRÓ EVIDENCIAS</b>	
	SI	NO
•Durante este periodo no se realizó esta actividad		X

**OBSERVACIONES:**

 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
OBLIGACIÓN No.2.Apoyar la generación de capacidades en el talento humano del SGSSS para la implementación de la RIAS de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores y zoonosis		% CUMPLIMIENTO	50,00%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Reunión (Información de la base de datos del personal asistencial de salud) con los funcionarios de recurso humano de las ESE de 12 municipios Así:11 de mayo 2026/ Córdoba y canalete. 14 de mayo 2026/ Cotorra y San Pelayo. 15 de mayo 2026/ Ciénaga de Oro y Cereté. 19 de mayo 2026/ San Carlos (Cereté). 20 de mayo 2026/ Chinú y Sahagún. 26 de mayo 2026/ Montelibano. 27 de mayo 2026/Planeta Rica y Pueblo Nuevo.		X	
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No.3.Realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación de la RIAS de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores y zoonosis		% CUMPLIMIENTO	0,00%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
•Durante este periodo no se realizó esta actividad			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 4.Concertar, construir y capacitar a los actores del SGSSS en los instrumentos del SOGC aplicables ETV y zoonosis.		% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
•Durante este periodo no se realizó esta actividad			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 5.Apoyar las unidades de análisis de casos de mortalidad por ETV y zoonosis		% CUMPLIMIENTO	0%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
•Durante este periodo no se realizó esta actividad			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No.6.Apoyar la elaboración, seguimiento y monitoreo a los planes de mejoramiento de los actores del SGSSS por mortalidad a causa de ETV y zoonosis.		% CUMPLIMIENTO	50%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Asistencia y apoyo en seguimiento y monitoreo a los planes de mejoramiento de los actores del SGSSS en ETV Y Zoonosis: Reunión virtual realizada el día miércoles 13 de mayo a las 2:30 pm		X	
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 7. Participar en las reuniones de equipo funcional territorial de ETV y zoonosis y en los COVE presentando los informes actualizados correspondientes del componente de atención integral de pacientes del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo.		% CUMPLIMIENTO	50%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
Asistencia a la reunión de equipo funcional territorial de ETV y Zoonosis y en los COVE. Realizada el día 29 de mayo 2026 a las 9:00am		X	
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 8.Entregar mensualmente a la coordinación del programa de ETV y zoonosis y/o al funcionario asignado para tal fin, el 100% de la información, productos y/o resultados que se originen en el desarrollo del presente contrato, en razón a que son de propiedad intelectual de la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba. Sin desconocer los derechos de autor, si hay lugar a ello. La información no se podrá utilizar o sustraer sin la autorización previa de la Secretaría del Desarrollo de la Salud.		% CUMPLIMIENTO	0,00%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
DURANTE ESTE PERIODO NO SE REALIZO ESTA ACTIVIDAD			X
OBSERVACIONES:			
OBLIGACIÓN No. 9.Brindar apoyo a la Secretaria de Desarrollo de la Salud en la implementación de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud de las personas, familias y comunidades en el Departamento de Córdoba, de acuerdo a los lineamientos institucionales establecidos.		% CUMPLIMIENTO	0,00%
ACTIVIDADES		MOSTRÓ EVIDENCIAS	
		SI	NO
DURANTE ESTE PERIODO NO SE REALIZO ESTA ACTIVIDAD			X
OBSERVACIONES:			

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	<b>FORMATO</b>				CÓDIGO:CO-P1-F1	
	<b>INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN</b>				FECHA: 28/01/2022	
	<b>PROCESO DE CONTRATACIÓN</b>				PÁGINA: 1 de 1	
OBLIGACIÓN No. 10. Cumplir con las demás que le asigne el supervisor del contrato, que tengan relación con el objeto contractual, con calidad, oportunidad y pertinencia				<b>% CUMPLIMIENTO</b>		50,00%
<b>ACTIVIDADES</b>				<b>MOSTRÓ EVIDENCIAS</b>		
				SI	NO	
<p>La contratista en cumplimiento de esta obligación participo en la reunión de plan nacional y sostenimiento de la eliminación de las enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias:  Fecha: 07/04/2026  Hora de inicio: 9.00 am  Hora de finalización: 12:00m</p> <p>De igual manera hizo Participación en reunión plan nacional de eliminación transmisión de la lepra:  Fecha: 09/04/2026  Hora de inicio: 9.00 am  Hora de finalización: 12:00m  Link: el mismo link del día 07/04/2026.</p>				X		
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>CUMPLIMIENTO DE PARAFISCALES Y/O SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DEL CONTRATISTA Y/O DE SUS TRABAJADORES DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES DEL ORDEN NACIONAL</b>						
<b>PAGOS PARAFISCALES</b>		<b>FECHA CAUSADA</b>		<b>PAGO SEGURIDAD SOCIAL</b>		<b>IBC</b>
		9/06/2026				<b>\$ 1.804.000</b>
<b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ENTIDADES</b>		<b>NUMERO DE PLANILLA</b>
			x	<b>SALUD</b>		4651708261
<b>SENA</b>			x	<b>PENSIÓN</b>		<b>PERIODO</b>
			x	<b>PROTECCION</b>		<b>FECHA PAGO</b>
<b>ICBF</b>			x	<b>ARL</b>		ABRIL
				<b>POSITIVA</b>		9/06/2026
<p>4: 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 PERSONA JURIDICA REPRESENTANTE LEGAL</p>						
<b>APORTE DE CERTIFICADO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>FECHA</b>		
<b>5. ASPECTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO</b>						
(CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL Y LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL DESARROLLO DEL MISMO)						
<b>MODIFICACIONES AL CONTRATO</b>						
<b>MODIFICACIÓN CONTRACTUAL</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>FECHA DE MODIFICACIÓN</b>	<b>TIEMPO DE PRORROGA</b>	<b>VALOR DE LA ADICIÓN</b>	<b>JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD CONTRACTUAL</b>	
-	-	-	-	\$ 0,00	-	
<b>NOMBRE DEL CEDENTE</b>	-	-	<b>IDENTIFICACIÓN</b>	-	<b>VALOR</b>	\$ 0,00
<b>NOMBRE DEL CESIONARIO</b>	-	-	<b>IDENTIFICACIÓN</b>	-		
<b>TERMINACIÓN ANTICIPADA</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN</b>	<b>ACTA DE TERMINACIÓN</b>		<b>SI</b>		<b>FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA</b>
	dd/mm/aa			<b>NO</b>		
<b>CONTRATO:</b>						
<b>6. ASPECTO FINANCIERO</b>						
<b>FORMA DE PAGO (Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):</b>		El valor del contrato a suscribir se pagará de la siguiente manera: OCHO (08) mensualidades vencidas, cada una por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS 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, Pensión y Riesgos Laborales del mes correspondiente.				
<b>VALOR DEL CONTRATO:</b>		\$ 36.080.000,00				
<b>VALOR PAGADO:</b>		\$ 13.530.000				
<b>VALOR EN TRAMITE DE PAGO:</b>		0				
<b>SALDO:</b>		\$ 22.550.000				
<b>VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NUEVO SALDO:</b>		CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE. (\$ 4.510.000) \$ 18.040.000				
<b>RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL</b>		PAGO1:CE2026000213;PAGO2:CE2026000756; PAGO3:CE2026003076				
		<b>% AVANCE FISICO</b>	50,00%	<b>% AVANCE FINANCIERO</b>	37,50%	
<b>OBSERVACIÓN:</b>						
<b>7. ASPECTO CONTABLE</b>						
<b>Factura / Cuenta de Cobro N.º</b>	<b>Fecha</b>	<b>Valor de la Factura</b>	<b>Amortización</b>	<b>Descuentos ( Detalle/Valor)</b>		<b>Valor Pagado</b>
1	16/03/2026	\$4.510.000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$166.870	\$ 4.343.130
2	6/04/2026	\$4.510.000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$166.870	\$ 4.343.130
3	4/05/2026	\$4.510.000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$166.870	\$ 4.343.130
4	23/06/2026	\$4.510.000		ESTAPILLA Y RETEICA	\$0	\$ 0



FORMATO

CÓDIGO:CO-P1-F1

INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN

FECHA: 28/01/2022

PROCESO DE CONTRATACIÓN

PÁGINA: 1 de 1

8. ASPECTOS AMBIENTALES

Cumplimiento de los aspectos ambientales de acuerdo al objeto contractual (SI APLICA)

9. RELACIÓN DE ANEXOS

MARQUE CON UNA (X) LA FORMA DE PRESENCACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME

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		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: MARCO ANTONIO TAMARA BURGOS

CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO - SUPERVISOR

FIRMA:

FECHA DE INFORME: 23/06/2026