FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN

1. DATOS DEL CONTRATO	**INFORME No.**	**1**	
Contrato N°	**CD-CMN-0335-2022**		
Nombre del Supervisor	**BETTY PERTUZ CHARRIS SUBGERENTE CIENTIFICO**		
2. ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	Prestación de Servicios X	Otro:	
Nombre del contratista	ASESORIAS, GESTIONES Y AUDITORIAS INTEGRALES EN SALUD Y AMBIENTE S.A.S.		
Identificación del contratista	901.243.835 - 4		
Objeto del contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ASESORÍA Y APOYO A LA GESTIÓN GERENCIAL Y ASESORÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD, EN LA ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD EN EL MARCO DE LO ESTABLECIDO EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD DECRETO 780 E 2016**		
Plazo	El presente contrato tendrá una duración hasta el 31 de DICIEMBRE DE 2022.		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	6507	Fecha del C.D.P (dd-MM-yyyy)	31/10/2022
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	7497	Fecha del R.P (dd-MM-yyyy)	01/11/2022
Valor del contrato	Contrato Inicial: **$ 20.000.000** Adición 1: $ Adición 2: $ Total: **$ 20.000.000**		

3. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia	
			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidad del servicio	N/A			
Cumplimiento	N/A			
Anticipo	N/A			
Pago anticipado	N/A			
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	N/A			
Salarios y prestaciones	N/A			
Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A			

4. EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial (IVA incluido)		$ **20.000.000**
Adición No. 1		$
Valor Total del contrato		$ **20.000.000**
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ **0**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 10.000.000**
Valor por ejecutar		$ **10.000.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		1

5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE**
Salud			NO APLICA
Pensión			NO APLICA
ARL			NO APLICA
6. CERTIFICACION APORTES PARAFISCALES REPRESENTANTE LEGAL-REVISOR FISCAL (Persona Jurídica) **Fecha (dd-MM-yyyy):**			

7. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO

Con el presente Informe certifico que los datos suministrados en este documento los he verificado personalmente, por lo que ratifico el cumplimiento del objeto contratado, como también dejo constancia que el pago de los impuestos y de la seguridad social corresponde a las normas vigentes, de igual manera adjunto el informe del contratista donde se detallan las actividades realizadas y el cumplimiento del objeto contractual, conforme a lo estipulado en el contrato.

8. PERIODO DE CERTIFICACIÓN	01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022

FIRMA DEL SUPERVISOR	
Identificación:	**C.C. 22.673.263**
Teléfono:	3116844566
Dirección:	Cra 40 Calle 33 Esq
Fecha de Supervisión	DICIEMBRE 12 DE 2022

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD
2022-II-0000
12/12/2022