Hospital Reina Sofía de España E.S.E. LERIDA - TOLIMA - NIVEL II	FORMA DE SUPERVISION	CODIGO	PGA-FOR-02
		VERSION	2
		FECHA	27/10/2022

1. INFORME DE SUPERVISIÓN

INFORME No.	1	FECHA:	30/1/2023	OBJETIVO DEL CONTRATO	PRESTAR APOYO AL PROCESO DEL SISTEMA OBIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD, EN EL DIRECCIONAMIENTO, EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE LOS CUATRO COMPONENETES: HABILITACION, PAMEC, ACREDITACION Y SISTEMAS DE INFORMACION DEL HOSPITAL REINA SOFIA DE ESPAÑA E.S.E. DE LERIDA TOLIMA

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO No. 063 - 2023

NOMBRE DEL CONTRATISTA	C.C./NIT	FECHA DE CELEBRACIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	PÓLIZA
MARIA ISABEL MORALES RUGE	38254988	3/1/2023	3/1/2023	31/3/2023	

VALOR INICIAL		PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL			
CDP	RP	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO	FECHA DE PAGO
80	80	9444791169	$ 239.000	DICIEMBRE	2/1/2023

Número		Valor asegurado	Vigencia de los amparos	
GARANTÍAS			Desde	Hasta
Cumplimiento				
De buen manejo, correcta inversión y reintegro del anticipo o pago por anticipo				
De calidad y correcto funcionamiento de los bienes				
De calidad y estabilidad de la obra				
De pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones				
De responsabilidad civil extracontractual				

3. INFORMACIÓN PARA EL PAGO

DATOS DE EJECUCION Y REGISTRO DE PAGOS DEL INFORME

								VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 12.000.000,00
TIPO DE INFORME:	Parcial	X	Final		No. del Informe:	1	No. de la Factura:	N/A	VALOR ACUMULADO $ 4.000.000,00
PERIODO DEL INFORME:	Desde	1/1/2023							VALOR POR EJECUTAR 8.000.000
	Hasta	31/1/2023							PERIODO EJECUTADO 33
NIOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA LUCIA AVILA TRIANA				CARGO SUPERVISOR	PROFESIONAL ESPECIALIZADA AREA DE LA SALUD			PERIODO POR EJECUTAR 67%
NUMERO DE PLANILLA:	9444791169				MES PLANILLA	dic-22			VALOR DE PLANILLA: $ 239.000

4. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SUPERVISOR

Certifico que previa revisión del presente formato y sus anexos, del informe de actividades y/o del producto establecido en el contrato, el contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones contenidas en el mismo, por lo que cumple con todos los requisitos legales necesarios para autorizar el pago.

La presente certificación se expide a los 31 días del mes de enero de 2023

ANEXOS	SI	NO	FOLIOS	OBSERVACIONES
Cuenta de cobro y/o factura	X		1	
Planilla de pago de aportes a salud, pensión y ARL	X		1	
Informe de actividades	X		1	
Certificación bancaria	X		1	

FIRMA DEL SUPERVISOR

5. INFORMACIÓN SOBRE ADICIONES, MODIFICACIONES Y OTROS

DESCRIPCION	SI	NO	IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	FECHA	OBJETO
ADICIÓN		X			
EN VALOR		X			
EN TIEMPO		X			
MODIFICACIONES		X			
OTROS		X			

PROYECTO	REVISO	APROBO
MARIA ISABEL MORALES	MARTHA LUCIA AVILA TRIANA	HERNAN PACHECO CASTILLO
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PROFESIONAL ESPECIALIZADA	GERENTE