República de Colombia Gobernación de Santander	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	AP-JC-RG-29
		VERSIÓN	10
		FECHA DE APROBACIÓN	28/10/2022
		PÁGINA	1 DE1

INFORME DE SUPERVISIÓN N° 01

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.4756723 DEL 10 DE MARZO DE 2023
CONTRATISTA:	KAREN LIZETH PACHON MEZA
Nit O C.C. No.:	1098775810
OBJETO:	APOYAR LA ASISTENCIA TÉCNICA PARA FORTALECER LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO PREVENCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS Y HANSEN EN SANTANDER

VALOR INICIAL:				$13,500,000.00			
VALOR ADICIONAL:				$0.00			
ANTICIPO INICIAL:				$0.00			
ANTICIPO ADICIONAL:				$0.00			
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:				$0.00			
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:				$0.00			
PLAZO INICIAL:				TRES (3) MESES			
PLAZO ADICIONAL:				NO APLICA			
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO:				NO APLICA			
Nit O C.C. No. DEL INTERVENTOR:				NO APLICA			
SUPERVISOR:				KARINE ALEXANDRA BETANCOURT GIRALDO SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 10 DE MARZO DE 2023			
FECHA INICIACIÓN:				13 DE MARZO DE 2023			
ACTA DE SUSPENSIÓN:	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	
ACTA DE REINICIACIÓN:	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	
FECHA TERMINACIÓN:				12 DE JUNIO DE 2023			

OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD				
VALOR A PAGAR:	$ 4,500,000.00	No. DE COBROS REALIZADOS:	1	DE	3
PERÍODO DE PAGO:	DESDE: 13/03/2023	HASTA:	12/04/2023		

Con base en los informes presentados por KAREN LIZETH PACHON MEZA, respecto a las actividades ejecutadas y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte del Departamento de Santander, certificó que fueron revisados los informes de actividades del Contratista, los anexos presentados con relación al desarrollo y ejecución de las actividades contractuales, que fue verificado el cumplimiento de las obligaciones en cuanto a la Seguridad Social y Obligaciones Tributarias certificadas por el Contratista frente a los aportes al Sistema de Seguridad Social, Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Por lo anterior, se autoriza el pago de la presente acta y se deja constancia que la información aquí suministrada fue verificada, es veraz y cumple con los parámetros establecidos en el Contrato.

Se firma para trámite de pago, a los once (11) días del mes de Mayo de 2023

Firma: _____
Nombre: KARINE ALEXANDRA BETANCOURT GIRALDO
SUPERVISOR DEL CONTRATO.