# INFORME DE SUPERVISIÓN N° 1

| | |
|---|---|
| TIPO DE CONTRATO: | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO |
| CONTRATO No. Y FECHA: | **CO1.PCCNTR.4356941 Del 29 DE DICIEMBRE DE 2022** |
| **CONTRATISTA:** | **ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO** |
| Nit o C.C. No. | 804.005.555-5 |
| **OBJETO:** | **COFINANCIACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA A LAS ENTIDADES TERRITORIALES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1050 DE 2016 PROFERIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO PAPSIVI y REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD RBC, EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL: | | | | $ 81,773,763.00 | | |
| VALOR ADICIONAL: | | | | N/A | | |
| ANTICIPO INICIAL: | | | | N/A | | |
| ANTICIPO ADICIONAL: | | | | N/A | | |
| AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL: | | | | N/A | | |
| AMORTIZACION ANTICIPO ADIC: | | | | N/A | | |
| PLAZO INICIAL: | | | | TRES MESES | | |
| PLAZO ADICIONAL: | | | | 1 MES Y 21 DIAS | | |
| NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO | | | | NO APLICA | | |
| Nit o C.C. No. DEL INTERVENTOR | | | | NO APLICA | | |
| SUPERVISOR: | | | | **ELIDA AURORA CAMERO NORIEGA** | | |
| Acto Administrativo de Supervisión: | | | | 29 De DICIEMBRE De 2022 | | |
| FECHA DE INICIACIÓN: | | | | 30 DE DICIEMBRE DE 2022 | | |
| 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 DE TERMINACIÓN: | | | | 20 DE MAYO DE 2023 | | |

| | |
|---|---|
| **OFICINA GESTORA:** | SECRETARIA DE SALUD |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR A PAGAR:** | **$24,532,129.00** | | **No. de cobros realizados:** | **1** | **de** | **3** |
| **Periodo de Pago:** | **Desde:** | **30/12/2022** | | **Hasta:** | **29/01/2023** | | |

Con base en los informes presentados por **ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO**, respecto a las actividades ejecutadas y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte del Departamento de Santander, en calidad de Supervisor del Contrato 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 tramite de pago, a los veinte (20 ) días del mes de ABRIL de 2023

Firma: Elida A. Camero N.

Nombre: ELIDA AURORA CAMERO NORIEGA

SUPERVISOR DEL CONTRATO