República de Colombia Gobernación de Santander	**INFORME DE SUPERVISIÓN**	**CÓDIGO**	AP-CCP-RG-03
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 DE1

INFORME DE SUPERVISIÓN N° 01

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.4900648 DEL 25 DE ABRIL DE 2023
CONTRATISTA:	LILLIBETH PATRICIA VALENCIA RUEDA
Nit O C.C. No.:	1098604880
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

VALOR INICIAL:				$9,000,000.00		
VALOR ADICIONAL:				$0.00		
ANTICIPO INICIAL:				$0.00		
ANTICIPO ADICIONAL:				$0.00		
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:				$0.00		
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:				$0.00		
PLAZO INICIAL:				DOS (2) MESES		
PLAZO ADICIONAL:				NO APLICA		
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO:				NO APLICA		
Nit O C.C. No. DEL INTERVENTOR:				NO APLICA		
SUPERVISOR:				NICEFORO RINCON GARCIA SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 25 DE ABRIL DE 2023		
FECHA INICIACIÓN:				26 DE ABRIL 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:				25 DE JUNIO DE 2023		

OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

VALOR A PAGAR:	$ 4,500,000.00	No. DE COBROS REALIZADOS:	1	DE	2

PERÍODO DE PAGO:	DESDE:	26/04/2023	HASTA:	25/05/2023

Con base en los informes presentados por LILLIBETH PATRICIA VALENCIA RUEDA, 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 cinco (05) días del mes de Junio de 2023

Firma: _____

Nombre: NICEFORO RINCON GARCIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO.