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:	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.4979115 DEL 18 DE MAYO DE 2023
CONTRATISTA:	EMPRESASOCIALDELESTADOHOSPITALLOCALSANROQUEDECHIMASANTANDER
Nit O C.C. No.:	890204581
OBJETO:	FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y DE LA INFRAESTRUCTURA PÚBLICA ADMINISTRADA POR TERCEROS, DESTINADOS A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

VALOR INICIAL:				$261,630,529.00			
VALOR ADICIONAL:				$0.00			
ANTICIPO INICIAL:				$0.00			
ANTICIPO ADICIONAL:				$0.00			
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:				$0.00			
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:				$0.00			
PLAZO INICIAL:				DOSCIENTOS VEINTIOCHO (228) DÍAS CALENDARIO			
PLAZO ADICIONAL:				NO APLICA			
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO:				NO APLICA			
Nit O C.C. No. DEL INTERVENTOR:				NO APLICA			
SUPERVISOR:				MARIA FERNANDA DIAZ ESPINOZA SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 18 DE MAYO DE 2023			
FECHA INICIACIÓN:				18 DE MAYO 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:				31 DE DICIEMBRE DE 2023			

OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

VALOR A PAGAR:	$ 130,815,264.50	No. DE COBROS REALIZADOS:	1	DE	4

PERÍODO DE PAGO:	DESDE:	18/05/2023	HASTA:	31/05/2023

Con base en los informes presentados por EMPRESASOCIALDELESTADOHOSPITALLOCALSANROQUEDECHIMASANTANDER, 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 dieciocho (18) días del mes de Julio de 2023

Firma:_____
Nombre: MARIA FERNANDA DIAZ ESPINOZA
SUPERVISOR DEL CONTRATO.