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° 02

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.5165629 DEL 28 DE JUNIO DE 2023
CONTRATISTA:	CLINICA GIRON ESE
Nit O C.C. No.:	890203242
OBJETO:	APOYAR EL DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES TÉCNICAS PARA AVANZAR EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, DE ACUERDO CON LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCION 1239 DE 2022 ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE CERTIFICACION, REGISTRO DE LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

VALOR INICIAL:				$80,000,000.00			
VALOR ADICIONAL:				$0.00			
ANTICIPO INICIAL:				$0.00			
ANTICIPO ADICIONAL:				$0.00			
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:				$0.00			
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:				$0.00			
PLAZO INICIAL:				CINCO (5) MESES			
PLAZO ADICIONAL:				NO APLICA			
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO:				NO APLICA			
Nit O C.C. No. DEL INTERVENTOR:				NO APLICA			
SUPERVISOR:				ALBA LUCIA CUBILLOS RUIZ SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 28 DE JUNIO DE 2023			
FECHA INICIACIÓN:				24 DE JULIO 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:				23 DE DICIEMBRE DE 2023			

OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD				
VALOR A PAGAR:	$ 26,587,995.00	No. DE COBROS REALIZADOS:	2	DE	5
PERÍODO DE PAGO:	DESDE: 01/10/2023	HASTA:	31/10/2023		

Con base en los informes presentados por CLINICA GIRON ESE, 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 veinte (20) días del mes de Noviembre de 2023

Firma:_____
Nombre: ALBA LUCIA CUBILLOS RUIZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO.