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 DE APOYO A LA GESTIÓN
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.5841401 DEL 29 DE ENERO DE 2024
CONTRATISTA:	HUGO ARISTIZABAL
Nit O C.C. No.:	3209545
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE RECURSOS FISICOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

VALOR INICIAL:				$10,000,000.00		
VALOR ADICIONAL:				$0.00		
ANTICIPO INICIAL:				$0.00		
ANTICIPO ADICIONAL:				$0.00		
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:				$0.00		
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:				$0.00		
PLAZO INICIAL:				CUATRO (4) MESES		
PLAZO ADICIONAL:				NO APLICA		
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO:				NO APLICA		
Nit O C.C. No. DEL INTERVENTOR:				NO APLICA		
SUPERVISOR:				LAURA FELISA OSORIO ARB SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 24 DE ENERO DE 2024		
FECHA INICIACIÓN:				31 DE ENERO DE 2024		
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:				30 DE MAYO DE 2024		

OFICINA GESTORA:	SECRETARIA ADMINISTRATIVA

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

PERÍODO DE PAGO:	DESDE:	31/01/2024	HASTA:	29/02/2024

Con base en los informes presentados por HUGO ARISTIZABAL , 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 Cuatro (04) días del mes de marzo de 2024

Firma:_____
Nombre: LAURA FELISA OSORIO ARB
SUPERVISORA DEL CONTRATO.