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

NFORME DE SUPERVISIÓN N° 02

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.5393842 del 28 de septiembre de 2023
CONTRATISTA:	**FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL**
Nit O C.C. No.:	890205361-4
OBJETO:	APOYAR EL DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES TÈCNICAS PARA AVANZAR EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÒN DE DISCAPACIDAD, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÒN SOCIAL, ENMARCADO EN EL PROYECTO FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE CERTIFICACIÒN REGISTRO DE LOCALIZACIÒN Y CARACTERIZACIÒN DE LA POBLACIÒN CON DISCAPACIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

VALOR INICIAL:				TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MILLONES SESENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS ($335.067.495.00 COP)			
VALOR ADICIONAL:				$0.00			
ANTICIPO INICIAL:				$0.00			
ANTICIPO ADICIONAL:				$0.00			
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:				$0.00			
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:				$0.00			
PLAZO INICIAL:				**TRES (3) MESES**			
PLAZO ADICIONAL:				TRES (3) MESES			
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO:							
Nit O C.C. No. DEL INTERVENTOR:							
SUPERVISOR:				ALBA LUCIA CUBILLOS RUIZ según acto administrativo de designación de supervisión del 28 de septiembre del 2023			
FECHA INICIACIÓN:				29/09/2023			
ACTA DE SUSPENSIÓN:				28/12/2023			
ACTA DE REINICIACIÓN:				19/04/2024			
FECHA TERMINACIÓN:				18/07/2024			

OFICINA GESTORA:	SECRETARIA DE SALUD

VALOR A PAGAR:	$ 80.729.250	No. DE COBROS REALIZADOS:	2	DE	3

PERÍODO DE PAGO:	DESDE:	19/04/2024	HASTA:	31/05/2024

Con base en los informes presentados por **FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER – FOSCAL**, 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 seis (6) días del mes de Agosto de 2024

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