ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL Secretaria de Salud	**ACTA DE AVAL Y SUPERVISIÓN**		**CÓDIGO: PC-CA-001-F06** **VERSIÓN: 01**

Fecha: (DEL 01 AL 30 DE JULIO DEL 2024)

CONTRATANTE: Secretaría de Salud

CONTRATISTA: ESE HOSPITAL SANTA ISABEL/ DIANA CRISTINA PEREZ TAMAYO

OBJETO: Convenio Interadministrativo para ejecución de las acciones contenidas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y Gestión en el Municipio de San Pedro de los Milagros, vigencia 2024"
NÚMERO DEL CONVENIO: 005-2024

VALOR INICIAL: $241.137.190.70.

VALOR ADICIONADO: 0

VALOR TOTAL: $241.137.190.70.

DURACIÓN: 09 meses 15 días

MUNICIPIO SAN PEDRO
DE LOS MILAGROS
SECRETARIA DE HACIENDA
02 AGO. 2024
Hora: 9:20 AM
RECIBIDO

Fecha de inicio: 19 de marzo

Fecha de terminación: 30 de diciembre de 2024

Con el objeto de realizar el seguimiento al avance de la ejecución del Convenio N°005 del 2024, se presenta el informe mensual de supervisión, del contrato referido, con fundamento en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Decreto 1082 de 2015, y demás normas que regulan la materia.

INFORME TÉCNICO

Se anexa cuenta de cobro, informe de actividades las cuales se cumplieron por parte del contratista y que fueron verificadas pro el supervisor.

Nivel de Ejecución del contrato: 29.89%

INFORME ADMINISTRATIVO: (Indicar el cumplimiento o si existe alguna observación respecto de las actividades realizadas y enumeradas en el informe técnico)

Período de cotización (mes)	N° de planilla	Pago Salud	Pago Pensión	Pago ARL	Caja de Compensación	Total, pagado en el periodo
JUNIO	9468006502	$28.701.600	$38.023.200	$4.389.900	$9.186.800	$80.301.500
JULIO	9469271168	$43.822.700	$58.535.300	$6.800.700	$13.993.000	$123.151.700
JULIO	9469271168	$43.822.700	$58.535.300	$6.800.700	$13.993.000	$123.151.700

NOTA: La ESE Hospital Santa Isabel cotiza en la planilla de Seguridad Social, SENA $6.998.400 e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar $10.495.800, para un total de $140.645.900

INFORME FINANCIERO

(Indicar los pagos efectuados al contratista del periodo del informe)

CDP	COMPROMISO	DEPENDENCIA	PERIODO	VALOR FACTURADO	SALDO
312	1079	SECRETARIA DE SALUD	DEL 01 AL 30 DE MAYO 2024	$21.460.000	$219.677.190.70
312	1079	SECRETARIA DE SALUD	DEL 01 AL 30 DE JUNIO 2024	$24.091.016	$195.586.174.70
312	1079	SECRETARIA DE SALUD	DEL 01 AL 30 DE JULIO 2024	$26.537.016,50	$169.049.158,20

INFORME JURÍDICO

(Indicar cumplimiento de la documentación jurídica requerida y el cumplimiento de garantías en el evento de requerirlo).

HALLAZGOS: Para este informe no hay recomendaciones.

Una vez evidenciado el avance técnico, financiero y los demás aspectos señalados del contrato el suscrito Supervisor autoriza el pago parcial por valor de $26.537.016,50 (incluido el IVA) según factura electrónica N°1082560

San Pedro de los Milagros, 02 de agosto del 2024

Firma del supervisor
No. de cédula: 43.201.027

Nº TRD: **170-10-08**