República de Colombia Gobernación de Santander	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	AP-CCP-RG-03
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACION	22/03/2023
		PÁGINA	1 DE1

INFORME DE SUPERVISIÓN N° 04

TIPO DE CONTRATO:	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.6387617 DEL 30 DE MAYO DE 2024
CONTRATISTA:	ESE HOSPITAL INTEGRADO DE SABANA DE TORRES
Nit O C.C. No.:	800064543
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:				$363,884,741.00			
VALOR ADICIONAL:				$0.00			
ANTICIPO INICIAL:				$0.00			
ANTICIPO ADICIONAL:				$0.00			
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:				$0.00			
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:				$0.00			
PLAZO INICIAL:				CIENTO OCHENTA Y DOS (182) 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 ESPINOSA SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 30 DE MAYO DE 2024			
FECHA INICIACIÓN:				03 DE JULIO 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:				31 DE DICIEMBRE DE 2024			

OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

VALOR A PAGAR:	$ 32,749,626.69	No. DE COBROS REALIZADOS	4	DE	7

PERÍODO DE PAGO:	DESDE:	01/09/2024	HASTA:	30/09/2024

Con base en los informes presentados por ESE HOSPITAL INTEGRADO DE SABANA DE TORRES, 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 veinticuatro (24) días del mes de Octubre de 2024

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