Gobernación de Santander	INFORME DE SUPERVISIÓN	CODIGO	AP-CCP-RG-03
		VERSIÓN	2
		FECHA DE APROBACION	26/11/2024
		PÁGINA	1 DE1

INFORME DE SUPERVISIÓN N° 06

TIPO DE CONTRATO:	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.6383987 DEL 30 DE MAYO DE 2024
CONTRATISTA:	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE CHUCURI
Nit O C.C. No:	901665624
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:	$381,772,813.00					
VALOR ADICIONAL:	$53,977,700.00					
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:	DIANA VANESSA RINCON VERGEL SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 16 DE DICIEMBRE 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 TERMINACION:	31 DE DICIEMBRE DE 2024					

OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD				
VALOR A PAGAR:	$ 53,448,193.82	No. DE COBROS REALIZADOS:	6	DE:	8
PERIODO DE PAGO:	DESDE: 01/11/2024	HASTA:	20/11/2024		
No. del RP:	24004641				
Fuente del RP:	SGP-OFERTAA				

Con base en los informes presentados por ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE CHUCURI, 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 d i e c i s i e t e (17) días del mes de Diciembre de 2024

Firma: _____
Nombre: DIANA VANESSA RINCON VERGEL
SUPERVISOR DEL CONTRATO.