220

INFORME DE SUPERVISIÓN N° 05

TIPO DE CONTRATO:	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.6384325 DEL 30 DE MAYO DE 2024
CONTRATISTA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CALIFORNIA
Nit O C.C. No.:	804011439
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:	$119,371,495.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00
ANTICIPO INICIAL:	$0.00
ANTICIPO ADICIONAL:	$0.00
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	$0.00
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	$0.00
PLAZO INICIAL:	DOSCIENTOS QUINCE (215) DÍAS CALENDARIO
PLAZO ADICIONAL:	NO APLICA
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO:	NO APLICA
Nit O C.C. No. DEL INTERVENTOR:	NO APLICA
SUPERVISOR:	JULIO CESAR SALGAR SERRANO SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 01 DE NOVIEMBRE 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:	$ 10,743,434.55	No. DE COBROS REALIZADOS:	5	DE	7

PERÍODO DE PAGO:	DESDE:	01/10/2024	HASTA:	31/10/2024

No. del RP:	24004639
Fuente del RP:	SGP-OFERTAÂ

Con base en los informes presentados por EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CALIFORNIA, 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 veintinueve (29) días del mes de Noviembre de 2024

Firma:_____
Nombre: JULIO CESAR SALGAR SERRANO
SUPERVISOR DEL CONTRATO.