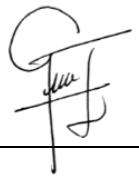
					PERIODO DEL INFORME		
TIIPO DE INFORME				**No. DE CONTRATO**	**DESDE**	**HASTA**	
PARCIAL		**FINAL**	**x**	3156-2024	29-10-2024	31-12-2024	
N° PROCESO CONTRATACIÓN SECOP				DC-SSC-CDCO-049-2024			
CONTRATANTE				DEPARTAMENTO DEL CAUCA-SECRETARIA DE SALUD DEL CAUCA			
CONTRATISTA				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE			
No. DE IDENTIFICACIÓN				900145579-1			
No. DE CELULAR Y/O TELÉFONO							
CDP No.				4690-2024	**CRP No.**	8574-2024	
IMPUTACION PRESUPUESTAL				5 - 2.3.10.19.06.0300.01.08.2.3.4.02.04 - 291			
NUMERO DE PAGO				$0,00			
VALOR A PAGAR				$0,00			
BALANCE FINANCIERO							
VALOR DEL CONTRATO				**$ 1.385.737.282**			
VALOR EJECUTADO					$0,00		
SALDO POR EJECUTAR					**$ 1.385.737.282**		
SEGURIDAD SOCIAL				**No. PLANILLA**	NO APLICA	**TOTAL PAGADO**	NO APLICA

OBJETO DEL CONTRATO	
AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE PURACÉ PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA NUEVA UNIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DE SANTA LETICIA, ESE POPAYÁN	
JUSTIFICACIÓN Y DETALLLE DE ACTIVIDADES Y/O BIENES	
NO ES POSIBLE LLEVAR A CABO EL OBJETO DEL CONVENIO POR VENCIMIENTO DEL PLAZO.	
DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN	
Durante el periodo comprendido entre el 29 de OCTUBRE y el 31 de DICIEMBRE de 2024, se desarrollaron las siguientes actividades encaminadas al cumplimiento del objeto contractual: 1 Se validó RP correspondiente. 2. Se firmó acta de inicio con fecha 29 de OCTUBRE de 2024 3. Se envió requerimiento de cumplimiento de obligaciones mediante correos del mes de diciembre.	
NOTAS	
El Supervisor y/o Interventor dando cumplimiento a los Artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 certifica que NO FUE POSIBLE CUMPLIR CABALMENTE EL OBJETO CONTRACTUAL POR VENCIMIENTO DEL PLAZO. Igualmente, Se deja claro, que la administración Departamental solo reconoce lo debidamente soportado en los informes de ejecución presentados por el cooperante, debidamente avalados y reconocidos por la supervisión sin sobrepasar el valor pactado.	
DATOS DEL INTERVENTOR	
NOMBRE DEL INTERVENTOR	No aplica
DEPENDENCIA	No aplica
FIRMA	No aplica
DATOS DEL SUPERVISOR	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	DIDIER IVAN GOLONDRINO LEON
DEPENDENCIA	PROCESO DE GESTION DE LA PROVISION DE SERVICIOS INDIVIUDALES SECRETARIA DE SALUD DEL CAUCA.
FIRMA	

DATOS APOYO A LA SUPERVISIÓN	
NOMBRE	**No aplica**
DEPENDENCIA	**No aplica**
FIRMA	**No aplica**
FECHA ELABORACIÓN	**No aplica**