INFORME DE SUPERVISIÓN N°1					
PERIODO DE SEGUIMIENTO	**Desde**	07/05/2025	**Hasta**	08/05/2025	
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR	JULIETA CAROLINA SILVA LOPEZ				
TIPOLOGIA DEL CONTRATO	Prestación de Servicios				
No. DEL CONTRATO:	PS 070 DE 2025	**F. INICIO**	07/05/2025	**F. TERMINACIÓN**	08/05/2025
No. DEL CDP:	00296	**FECHA**	22/04/2025	**RUBROS**	2.3.2.02.02.009
No. DEL RP:	00390	**FECHA**	07/05/2025		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY YOMARA ARANGO ROLDAN			**CEDULA O NIT:**	1.035.302.853
CORREO ELECTRONICO:	CINDYY72@HOTMAIL.COM			**TELEFONO:**	3216220046
OBJETO:	Apoyo logístico a todo costo para la conmemoración del día internacional de la lucha por los derechos de la mujer y día del hombre en los diferentes grupos gerontológicos existentes en el municipio de Giraldo, buscando espacios de encuentro, integración y envejecimiento activo de los adultos mayores del municipio de Giraldo Antioquia, dentro del plan de desarrollo "Giraldo social e incluyente 2024 - 2027" 2025000003294.				
DURACION DEL CONTRATO:	dos (2) días				
PLAZO ADICIONAL (Otrosí):	N.A				
VALOR INICIAL CONTRATO:	Quince millones de pesos ML ($ 15.000.000)				
VALOR ADICIÓN (Otrosí):	$ 00				
FORMA DE PAGO:	UNA VEZ PERFECCIONADO EL CONTRATO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO, PREVIO EL RECIBO A ENTERA SATISFACCION POR PARTE DEL ALMACENISTA MUNICIPAL.				

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR
Valor Inicial del Contrato	$15.000.000
Valor Adiciones	$ 00
Valor Total del Contrato	$15.000.0000
Valor Pagado	$ 00
VALOR CAUSADO QUE NO SE HA PAGADO	**$15.000.000**
Valor Total Ejecutado	$15.000.000
Valor Saldo por Ejecutar	0
% Financiero Ejecutado	%100
% Financiero Por Ejecutar	%0

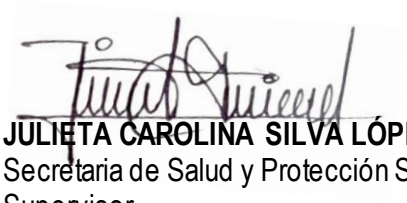
PAGOS REALIZADOS AL CONTRATISTA

CONCEPTO (ANTICIPO, ACTAS, PAGOS)	EGRESO	FECHA	VALOR
			$ 00
			$ 00
			$ 00
			$ 00
			$ 00
			$ 00
			$ 00
			$ 00
			$ 00
			$ 00

RELACIÓN DE LAS FACTURAS O CUENTA DE COBRO				
No. FACTURA	**FECHA DE LA FACTURA**	**SUBTOTAL**	**IVA**	**TOTAL**
01	14/05/2025	$15.000.000	$00	$15.000.000

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR PARA PROCEDER CON EL PAGO
De acuerdo con lo anterior y una vez verificado las cantidades, especificaciones técnicas y calidad de los bienes, los cuales fueron recibidos a entera satisfacción de acuerdo a lo establecido en el contrato, **AUTORIZÓ** a la Secretaría de Hacienda Municipal realizar el respectivo pago y/o desembolso de los recursos pactados al contratista y/o proveedor. **EL CONTRATISTA ANEXA.** 1. **Cuenta de Cobro y/o Factura** 2. **Pago seguridad social del mes de abril de 2025**

Para constancia, se firma el presente informe de interventoría a los catorce (14) días del mes de mayo de 2025.



JULIETA CAROLINA SILVA LÓPEZ
Secretaria de Salud y Protección Social
Supervisor