INFORME DE SUPERVISIÓN N°2					
PERIODO DE SEGUIMIENTO	**Desde**	11/05/2025	**Hasta**	30/05/2025	
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR	JULIETA CAROLINA SILVA LÓPEZ				
TIPOLOGIA DEL CONTRATO	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO				
No. DEL CONTRATO:	CI 005 DE 2025	**F. INICIO**	09/05/2025	**F. TERMINACIÓN**	31/12/2025
No. DEL CDP:	00268	**FECHA**	27/03/2025	**RUBROS**	2.3.2.02.01.009
No. DEL RP:	00398	**FECHA**	09/05/2025		
No. OTROSI DEL CDP:	N/A	**FECHA**	N/A		
No. OTROSI DEL RP:	N/A	**FECHA**	N/A		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	E.S.E HOSPITAL SAN ISIDRO			**CEDULA O NIT:**	800.193.392-1
CORREO ELECTRONICO:				**TELEFONO:**	
OBJETO:	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E HOSPITAL SAN ISIDRO DEL MUNICIPIO DE GIRALDO ANTIOQUIA, SEGÚN RESOLUCIÓN 484 DE 2024, DESTINADOS A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL 52.2 DEL ARTICULO 52 DE LA LEY 715 DE 2001, MODIFICADO POR EL ARTICULO 235 DE LA LEY 1955 DE 2019 PARA LA VIGENCIA 2025				
DURACION DEL CONTRATO:	Ocho (08) meses				
VALOR INICIAL CONTRATO:	Doscientos setenta y tres millones ciento diez mil noventa y un pesos ML ($273.110.091)				
VALOR ADICION OTROSI	N/A				
FORMA DE PAGO:	UNA VEZ PERFECCIONADO EL CONVENIO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO, PREVIO EL RECIBO A ENTERA SATISFACCION POR PARTE DE LA SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DEL MUNICIPAL.				

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR
Valor Inicial del Contrato	$273.110.091
Valor Adiciones	0
Valor Total del Contrato	$273.110.091
Valor Pagado	$86.486.862
VALOR CAUSADO QUE NO SE HA PAGADO	**$21.621.216**
Valor Total Ejecutado	$ 108.108.078
Valor Saldo por Ejecutar	$ 165.002.013
% Financiero Ejecutado	%39.5
% Financiero Por Ejecutar	%60.5

PAGOS REALIZADOS AL CONTRATISTA

CONCEPTO (ANTICIPO, ACTAS, PAGOS)	EGRESO	FECHA	VALOR

RELACIÓN DE LAS FACTURAS O CUENTA DE COBRO				
No. FACTURA	**FECHA DE LA FACTURA**	**SUBTOTAL**	**IVA**	**TOTAL**
01	21/05/2025	$86.486.862	$00	$86.486.862
02	30/06/2025	$86.486.862	$00	$86.486.862

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 junio de 2025**

Para constancia, se firma el presente informe de interventoría a los treinta (30) días del mes de junio de 2025.

JULIETA CAROLINA SILVA LÓPEZ
Secretaria de Salud y Protección Social
Supervisor