República de Colombia Gobernación de Santander	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	AP-CCP-RG-03
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÁGINA	1 de 2

INFORME DE SUPERVISIÓN FINAL

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO
CONTRATO Y FECHA:	CO1.PCCNTR.702449 DEL 14 DE NOVIEMBRE DE 2024
CONTRATO GUANE:	00002438

CONTRATISTA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO.
Nit o C.C. No.	890200500-9
OBJETO:	"IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACIÓN, REGISTRO DE LOCALIZACION Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD RLCPD, EN EL - DEPARTAMENTO DE SANTANDER, SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO "FORTALECIMIENTO EN LA INTERVENCION CON POBLACION VULNERABLE EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER"

VALOR INICIAL:	$ 50.000.000
VALOR ADICIONAL:	NO APLICA
VALOR TOTAL:	$ 50.000.000

ANTICIPO INICIAL:	NO APLICA
ANTICIPO ADICIONAL:	NO APLICA
ANTICIPO TOTAL:	NO APLICA

AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	NO APLICA
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	NO APLICA
AMORTIZACION TOTAL:	NO APLICA

PLAZO INICIAL:	CUARENTA Y SIETE DIAS CALENDARIO (47)
PLAZO ADICIONAL:	NO APLICA
PLAZO TOTAL:	CUARENTA Y SIETE DIAS CALENDARIO (47)

SUPERVISOR:	MARLEN SILDARY MOGOLLON JAIMES
Acto Administrativo de Supervisión:	Acto administrativo de fecha 11 de diciembre de 2024

INTERVENTOR:	NO APLICA
No. Contrato del Interventor:	NO APLICA
Acto Administrativo de Interventoría:	NO APLICA

FECHA DE INICIACIÓN:	15/11/2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	31/12/2024

SOLO PARA CONVENIOS:	
APORTE ENTIDAD (GOBERNACION):	$ 50.000.000
APORTE OTRAS ENTIDADES:	NO APLICA
VALOR TOTAL CONVENIO:	$ 50.000.000

ACTAS DE SUSPENSIÓN			
No.	NO APLICA	Fecha:	NO APLICA
No.	NO APLICA	Fecha:	NO APLICA

ACTAS DE REINICIO			
No.	NO APLICA	Fecha:	NO APLICA
No.	NO APLICA	Fecha:	NO APLICA

PRORROGAS:	
PRORROGA 01:	NO APLICA
PRORROGA 02:	NO APLICA
PRORROGA 03:	NO APLICA

República de Colombia Gobernación de Santander	**INFORME DE SUPERVISIÓN**	**CÓDIGO**	AP-CCP-RG-03
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÁGINA	**2** de **2**

PRORROGA 04:	NO APLICA
PRORROGA 05:	NO APLICA
PRORROGA 06:	NO APLICA
PRORROGA 07:	NO APLICA

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	NO APLICA

OFICINA GESTORA:	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

VALOR A PAGAR:	**$ 14.447.430**	**No. de cobros realizados:**	**2**	**de**	**2**

Periodo de Pago:	**Desde:**	**15/12/2024**	**Hasta:**	**31/12/2024**

No. del RP:	24010247
Fuente del RP:	AFN-RESOL-MINSOCIAL N° 619/24 DISCAPACIDAD.

Con base en los informes presentados por **ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO** respecto a las actividades ejecutadas y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte del Departamento de Santander, en calidad de Supervisor, certificó que fueron revisados los informes de actividades del Contratista, los adjuntos presentados con relación al desarrollo y la ejecución de las actividades contractuales. Ver anexos a este informe como soporte de la ejecución contractual y de la revisión realizada por esta Supervisión. *(no aplica para contratos de Prestación de Servicios ejecutados por personas naturales).*

Así mismo, certificó que fue verificado el cumplimiento de las obligaciones en cuanto al pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales documentados por el Contratista, he hice validación de las planillas y demás soportes que se encuentran cargados en el Secop.

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 y fue publicada en el SECOP.

Se firma para trámite de pago, a los catorce (14) días del mes de Mayo de 2025.

Firma: Sildary Mogollón

Nombre: **MARLEN SILDARY MOGOLLON JAIMES**
SUPERVISOR DEL CONTRATO.