INFORME DE SUPERVISIÓN N°1					
PERIODO DE SEGUIMIENTO	**Desde**	23/07/2025		**Hasta**	30/07/2025

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR	JULIETA CAROLINA SILVA LÓPEZ				
TIPOLOGIA DEL CONTRATO	Prestación de Servicios				
No. DEL CONTRATO:	PS 116 DE 2025	**F. INICIO**	23/07/2025	**F. TERMINACIÓN**	22/12/2025
No. DEL CDP:	00584	**FECHA**	10/07/2025	**RUBROS**	2.3.2.02.02.009
No. DEL RP:	00689	**FECHA**	23/07/2025		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS ENRIQUE TOBON ZULETA			**CEDULA O NIT:**	98.615.904
CORREO ELECTRONICO:				**TELEFONO:**	
OBJETO:	Atención integral adulto mayores del Municipio de Giraldo, institucionalizados en el Centro de Bienestar del Anciano San Pedro Claver				
DURACION DEL CONTRATO:	Desde el inicio en la plataforma SECOP 2 hasta el 22 de diciembre del 2025				
PLAZO ADICIONAL (Otrosí):	N.A				
VALOR INICIAL CONTRATO:	Veinticuatro millones novecientos treinta y nueve mil seiscientos pesos ML ($ 24.939.600)				
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	$ 24.939.600
Valor Adiciones	$ 00
Valor Total del Contrato	$ 24.939.600
Valor Pagado	$ 00
VALOR CAUSADO QUE NO SE HA PAGADO	**$4.156.600**
Valor Total Ejecutado	$4.156.600
Valor Saldo por Ejecutar	$ 20.783.000
% Financiero Ejecutado	%16.7
% Financiero Por Ejecutar	%83.3

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	30/07/2025	$4.156.600	$00	$4.156.600

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 julio de 2025**

Para constancia, se firma el presente informe de interventoría a los trece días (13) días del mes de agosto de 2025.

JULIETA CAROLINA SILVA LÓPEZ
Secretaria de Salud y Protección Social
Supervisor