INFORME DE SUPERVISIÓN N°2					
PERIODO DE SEGUIMIENTO	**Desde**	22/07/2025		**Hasta**	22/08/2025
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 107 DE 2025	**F. INICIO**	10/07/2025	**F. TERMINACIÓN**	30/10/2025
No. DEL CDP:	00573	**FECHA**	02/07/2025	**RUBROS**	2.3.2.02.02.009
No. DEL RP:	00664	**FECHA**	10/07/2025		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIEGO NORBEY CAMPO CAMPO			**CEDULA O NIT:**	1.001.744.143
CORREO ELECTRONICO:	diegonorbey1998@gmail.com			**TELEFONO:**	3234894756
OBJETO:	Apoyo a la gestión en el fortalecimiento de la Salud Pública, monitoreo de los Planes existentes en salud, procesos de aseguramiento y reporte de información en salud, garantizando el servicio de atención en salud a la población dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro del Plan de Desarrollo 2024 – 2027 "Giraldo social e Incluyente"				
DURACION DEL CONTRATO:	tres (3) meses y vente (20) días				
PLAZO ADICIONAL (Otrosí):	N.A				
VALOR INICIAL CONTRATO:	Diecisiete millones ciento veintiocho mil pesos ML ($ 17.128.000)				
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 DE LA SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL MUNICIPAL.				

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR
Valor Inicial del Contrato	$17.128.000
Valor Adiciones	$ 00
Valor Total del Contrato	$17.128.000
Valor Pagado	$ 3.140.133
VALOR CAUSADO QUE NO SE HA PAGADO	**$4.282.000**
Valor Total Ejecutado	$7.422.133
Valor Saldo por Ejecutar	$ 9.705.867
% Financiero Ejecutado	%43.3
% Financiero Por Ejecutar	%56.7

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	22/07/2025	$3.140.133	$00	$3.140.133
02	22/08/2025	$4.282.000	$00	$4.282.000

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 de la seguridad social del mes de agosto**

Para constancia, se firma el presente informe de interventoría a los veintidós (22) días del mes de agosto de 2024.

JULETA CAROLINA SILVA LOPEZ
Secretaria de Salud y Protección Social
Supervisor