INFORME DE SUPERVISIÓN N°1					
PERIODO DE SEGUIMIENTO	**Desde**	25/09/2025		**Hasta**	27/09/2025

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 154 DE 2025	**F. INICIO**	25/09/2025	**F. TERMINACIÓN**	27/09/2025
No. DEL CDP:	00849	**FECHA**	28/08/2025	**RUBROS**	2.3.2.02.02.009
No. DEL RP:	00937	**FECHA**	25/09/2025		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIEGO NORBEY CAMPO CAMPO			**CEDULA O NIT:**	1.001.744.143
CORREO ELECTRONICO:	diegonorbey1998@gmail.com			**TELEFONO:**	3234894756
OBJETO:	APOYO LOGISTICO PARA LA INTEGRACION LUDICO RECREATIVA DE LAS PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD DEL MPIO DE GIRALDO, BUSCANDO GARANTIZAR EL EJERCICIO EFECTIVO DE SUS DERECHOS, FOMENTAR EL BIENESTAR FISICO, MENTAL Y EMOCIONAL Y PROMOVIENDO LA INCLUSION SOCIAL DE ESTA POBLACION DEL MPIO GIRALDO SEGUN EL PLAN DE DESARROLLO 2024-2027 GIRALDO SOCIAL E INCLUYENTE				
DURACION DEL CONTRATO:	dos (2) días				
PLAZO ADICIONAL (Otrosí):	N.A				
VALOR INICIAL CONTRATO:	Seis millones de pesos ML ($ 6.000.000)				
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 DE LA SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL MUNICIPAL.				

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR
Valor Inicial del Contrato	$6.000.000
Valor Adiciones	$ 00
Valor Total del Contrato	$6.000.000
Valor Pagado	$ 0
VALOR CAUSADO QUE NO SE HA PAGADO	**$6.000.000**
Valor Total Ejecutado	$6.000.000
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	06/10/2025	$6.000.000	$00	$6.000.000

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 de la seguridad social del mes de septiembre del 2025**

Para constancia, se firma el presente informe de interventoría a los seis (06) días del mes de octubre de 2025.

JULETA CAROLINA SILVA LOPEZ
Secretaria de Salud y Protección Social
Supervisor

DIEGO NORBEY CAMPO CAMPO
Contratista