

	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN GESTIÓN CONTRACTUAL</b>	Código: FOGC-01
		Aprobación: 13/11/2020
		Versión: 1.0

### INFORME DE SUPERVISIÓN

Contrato  Convenio

MODALIDAD DE SELECCIÓN	CONTRATACIÓN DIRECTA	
Nº DE PROCESO DE SELECCIÓN	No. 015-2025	
TIPO DE CONTRATO O CONVENIO	Contrato de Prestación de Servicios	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO	12/05/2025	
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	<i>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL, PARA EL PERSONAL VINCULADO A LA CONTRALORIA GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE SUCRE."</i>	
CONTRATISTA – OPERADOR	IPS ENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL Y LABORAL SAS	
NIT/CC	<b>900129545-2</b>	
REPRESENTANTE LEGAL	INDIRA MARIANA FLOREZ REVOLLO	
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	C.C. No. 64557693 de Sincelejo	
VALOR DEL CONTRATO-CONVENIO	\$4.457.100	
FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS	El 100% del valor del contrato una vez se haya prestado el servicio o realizado los exámenes correspondientes, previo certificado de cumplimiento expedido por el supervisor correspondiente.	
PLAZO DE EJECUCIÓN	(15) días o hasta que realice el último Examen.	
FECHA DE INICIO	15-10-2025	
INTERVENTOR	NOMBRE	
	FECHA DE DESIGNACIÓN DE LA INTERVENTORÍA	N/A
SUPERVISOR	NOMBRE	LEIDA QUINTERO LEGARDA
	FECHA DE DESIGNACIÓN DE LA SUPERVISIÓN	15-10-2025
PERÍODO DEL INFORME	30/12/2025	

	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN GESTIÓN CONTRACTUAL</b>	Código: FOGC-01
		Aprobación: 13/11/2020
		Versión: 1.0

### DATOS FINANCIEROS

CERTIFICADO(S) DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL – CDP					
N°	40-1025	VALOR	\$ 4.457.100	FECHA	07-10-2025
REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES) – RP					
N°	50-1060	VALOR	\$ 4.457.100	FECHA	15-10-2025
RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) AFECTADO(S)			2.1.2.02.02.009		

### RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS O APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

**PERSONA NATURAL:**

TIPO DE APORTE	PLANILLA NO.	VALOR APORTE	PERÍODO DEL APORTE
PENSIÓN	7994991511	\$ 1.804.100	11-2025
SALUD	7994991511	\$ 451.300	12-2025
ARL	7994991511	\$ 274.900	11-2025

**PERSONA JURÍDICA:**

Aportó certificación sobre pagos a los aportes parafiscales al ( ) de ( ) de ( ), y ( ) de ( ) de (suscrita por (.) con c. c. No. T.P. No. , cómo (representante legal.) de la entidad.

Que el contratista (u Operador) presentó el informe de actividades relacionando las (tareas, actividades o bienes) de acuerdo con lo pactado en el contrato (o convenio), las cuales fueron vigiladas por la supervisión, así mismo acreditó el pago de los aportes a la seguridad social en pensión, salud, ARL y Parafiscales correspondientes al junio de 2025; y que existe una correcta relación entre las sumas canceladas con las que fueron cotizadas por el contratista (u operador) y el valor pagado con base al porcentaje exigido por las normas vigentes sobre la materia.

La Supervisión certifica el cumplimiento de las obligaciones del contratista (u operador), por lo que da el visto bueno para realizar el pago correspondiente a INDIRA MARIANA FLOREZ REVOLLO. por valor de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CIEN PESOS M/CTE (\$4.457.100) correspondiente a la factura Electrónica No. CR11 1944.

SÍ

NO

**CERTIFICO** que en cumplimiento de mis obligaciones como Supervisor recibí, revisé y aprobé personalmente los documentos que aportó el contratista (u operador) y que sirvieron como referencia para este Informe; así mismo dejo constancia que se cumplieron los requisitos de ejecución del contrato (o convenio) así:

No. Item	Actividades / Obligaciones contractuales o del Convenio	Actividades verificadas por la Supervisión
1	Factura Electrónica de Venta: CR11 1944	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Prestar los servicios en las condiciones técnicas exigidas.</li><li>2. Prestar los servicios de buena calidad</li><li>3. Prestarlos dentro del plazo señalado</li><li>4. Realizar los exámenes correspondientes y con el personal idóneo para ello.</li><li>5. Contar con la documentación requerida para ejecutar la actividad descrita en este contrato.</li></ol>

**OBSERVACIONES:**

¿Existe algún incumplimiento del contratista con respecto a las actividades del contrato? (SI/NO):

**EL CONTRATISTA CUMPLIO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES EXIGIDAS EN EL CONTRATO No 015-2025.**

*PRESTACION DE SERVICIOS DE EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL, PARA EL PERSONAL VINCULADO A LA CONTRALORIA GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE SUCRE."*

**En caso positivo, indique las actividades y plazo del contratista para subsanar el incumplimiento o no conformidad:**

N/A

**RECOMENDACIONES:**



**INFORME DE SUPERVISIÓN  
GESTIÓN CONTRACTUAL**

Código: FOGC-01

Aprobación: 13/11/2020

Versión: 1.0

N/A

---

**FIRMA SUPERVISOR**