INFORME DE SUPERVISIÓN N°3					
PERIODO DE SEGUIMIENTO	**Desde**	01/03/2026		**Hasta**	27/03/2026
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 014 DE 2026	**F. INICIO**	22/01/2026	**F. TERMINACIÓN**	30/06/2026
No. DEL CDP:	00016	**FECHA**	09/01/2026	**RUBROS**	2.3.2.02.02.009
No. DEL RP:	00023	**FECHA**	22/01/2026		
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:	Cinco (5) meses y once (11) días				
PLAZO ADICIONAL (Otrosí):	N.A				
VALOR INICIAL CONTRATO:	Veintisiete millones seiscientos ML ($ 27.600.000)				
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	$27.600.000
Valor Adiciones	$ 00
Valor Total del Contrato	$27.600.000
Valor Pagado	$ 9.200.000
VALOR CAUSADO QUE NO SE HA PAGADO	**$4.600.000**
Valor Total Ejecutado	$13.800.000
Valor Saldo por Ejecutar	$13.800.000
% Financiero Ejecutado	%50
% Financiero Por Ejecutar	%50

PAGOS REALIZADOS AL CONTRATISTA

CONCEPTO (ANTICIPO, ACTAS, PAGOS)	EGRESO	FECHA	VALOR
Primer 1 pago		30/01/2026	$ 4.600.000
Segundo 2 pago		27/02/2026	$ 4.600.000
			$ 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	30/01/2026	$4.600.000	$00	$4.600.000
02	27/02/2026	$4.600.000	$00	$4.600.000
03	27/03/2026	$4.600.000	$00	$4.600.000

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 febrero del 2026**

Para constancia, se firma el presente informe de interventoría a los veintisiete (27) días del mes de marzo de 2026.

JULETA CAROLINA SILVA LOPEZ
Secretaria de Salud y Protección Social
Municipio de Giraldo