

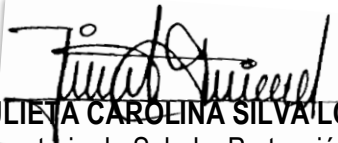
INFORME DE SUPERVISIÓN N°1					
PERIODO DE SEGUIMIENTO		Desde	17/06/2025	Hasta	17/06/2025
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR	JULIETA CAROLINA SILVA LÓPEZ				
TIPOLOGIA DEL CONTRATO	Prestación de Servicios				
No. DEL CONTRATO:	PS 090 DE 2025	F. INICIO	17/06/2025	F. TERMINACIÓN	17/06/2025
No. DEL CDP:	00497	FECHA	13/06/2025	RUBROS	2.3.2.02.02.009
No. DEL RP:	00553	FECHA	13/06/2025		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Cindy Yomara Arango Roldan			CEDULA O NIT:	1.035.302.853
CORREO ELECTRONICO:				TELEFONO:	
OBJETO:	Apoyo logístico a todo costo y como auxiliar en enfermería para la participación del grupo juvenil del municipio de Giraldo a la mesa subregional de juventud en el municipio de Abriaquí, buscando el fortalecimiento de intercambio cultural y el empoderamiento de los procesos juveniles del municipio de Giraldo.				
DURACION DEL CONTRATO:	un (01) día calendario a partir del inicio de ejecución en la plataforma secop 2.				
PLAZO ADICIONAL (Otro sí):	N.A				
VALOR INICIAL CONTRATO:	Siete millones de pesos ML (\$ 7.000.000)				
VALOR ADICIÓN (Otro sí):	\$ 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				PAGOS REALIZADOS AL CONTRATISTA			
CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO (ANTICIPO, ACTAS, PAGOS)	EGRESO	FECHA	VALOR		
Valor Inicial del Contrato	\$7.000.000				\$ 00		
Valor Adiciones	\$ 00				\$ 00		
Valor Total del Contrato	\$ 7.000.000				\$ 00		
Valor Pagado	\$ 00				\$ 00		
VALOR CAUSADO QUE NO SE HA PAGADO	\$7.000.000				\$ 00		
Valor Total Ejecutado	\$7.000.000				\$ 00		
Valor Saldo por Ejecutar	\$ 0				\$ 00		
% Financiero Ejecutado	%100				\$ 00		
% Financiero Por Ejecutar	%0				\$ 00		

RELACIÓN DE LAS FACTURAS O CUENTA DE COBRO				
No. FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	SUBTOTAL	IVA	TOTAL
01	19/06/2025	\$7.000.000	\$00	\$7.000.000

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 seguridad social del mes de mayo de 2025

Para constancia, se firma el presente informe de interventoría a los diecinueve (19) días del mes de junio de 2025.


JULIETA CAROLINA SILVA LÓPEZ
Secretaría de Salud y Protección Social
Supervisor


CINDY YOMARA ARANGO ROLDAN
Contratista