Tránsito del Atlántico / GOBERNACIÓN DEL ATLANTICO	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO	Código: GRI-F26
		Versión: 01
		Fecha de aprobacion: 27/01/21

1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO			
Informe No:	1	**Contrato No:**	141-2021
Nombre del Supervisor:	Agrpina Polo Igirio	**Cargo:**	Jefe Oficina Asesora de Planeacion
Periodo de Informe:	15 de septiembre al 30 de septiembre del 2021		

2. INFORMACIÓN CONTRACTUAL			
Nombre del Contratista:	Julio Cesar De La Hoz Bolaño		
N° de Identificación del Contratista:	8.498.913		
Tipo de Contrato:	Prestacion de Servicio	**Fecha de Suscripción del Contrato:**	15/09/2021
Objeto del Contrato:	Pretacion de serviciosb profesionales a la oficina asesora de planeacion en la actualizacion e implementacionndel metodo estandar de control interno - MECI y el Sistema Unico de Informacion de Tramite - SUIT, teniendo en cuenta su articulacion con el modelo integrado de planeacion y gestion - MIPG.		
Valor del Contrato ($):	$ 7.762.500	**Plazo:**	A partir de la fecha de suscripcion del contrato hasta el 15 de
N° CDP:	2021.TRA.01.000360	**Fecha CDP:**	09 de septiembre de 2021
N° RP:	2021. TRA.01.000970	**Fecha RP:**	21 de septiembre de 2021
N° CDP ADICION:	-	**Fecha CDP adición:**	-
N° RP ADICION:	-	**Fecha RP adición:**	-
Fecha de Inicio: (dia/mes/año)	15/09/2021	**Fecha de Terminación:** (dia/mes/año)	15/12/2021
Fecha de Suspensión: (dia/mes/año)	-	**Fecha de Reinicio:** (dia/mes/año)	-

3. MODIFICACIONES AL CONTRATO			
Tipo	**Valor**	**Tiempo**	**Fecha**
Adiciones	-	-	-
Prórroga	-	-	-
Otros	-	-	-
Valor Final del Contrato	-	-	-

4. PAGO IMPUESTOS DISTRITALES, DEPARTAMENTALES, NACIONALES					
Tipo de Impuesto	**SI**	**N/A**	**Valor**		**Fecha y No. de Pago**
			Valor Base	**Valor Pagado**	
Autorización para el Descuento de Estampillas	X				
Estampilla pro desarrollo		X		0	
Estampilla pro Ciudadela Universitaria		X		0	
Estampilla pro Bienestar Adulto Mayor		X		0	
Estampilla Pro-Cultura (Mayor a 10 SMLV)		X		0	
Estampilla Pro-Electrificaciòn Rural		X		0	
Estampilla Pro-Hospital 1 y 2 Nivel		X		0	
Estampilla pro Hospital Univ. Cari ESE		X		0	
Estampilla ITSA	X		7.762.500	23.000	01/10/2021 595485
Bono de Coldeportes		X			
Timbre		X			
Otros (Especifique Cuales)		X	-	-	-

5. ACREDITACION PAGO APORTES		
No. De Planilla	4408894914	
Base 40%	$ 1.035.000	

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DEL INSTITUTO DE TRANSITO DEL ATLANTICO. ESTA PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL GERENTE GENERAL

Tránsito del Atlántico	GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO	Código: GRI-F26
			Versión: 01
			Fecha de aprobacion: 27/01/21

5.1 PERSONA NATURAL	%	IBC	MES COTIZADO
Salud	12,50%	$ 129.400	agosto
Pensión	16,00%	$ 165.600	agosto
FSP (Mayor a 4 SMLV) Fondo de Solidaridad	-	-	
Fs (Mayor a 4 SMLV) Fondo de Subsistencia	-	-	
ARL (Tener en cuenta el Tipo de Riesgo)	0,520%	$ 5.500	agosto

5.2 PERSONA JURÍDICA

CERTIFICACIÓN	SI	N/A	FECHA (día/mes/año):
Aportes Parafiscales y Seguridad Social Representante Legal/Revisor Fiscal.		X	

6. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato)

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia	Valor Asegurado
Calidad del servicio	-	-	-	-
Cumplimiento del Contrato	-	-	-	-
Anticipo	-	-	-	-
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	-	-	-	-
Pago de salarios y prestaciones sociales e indemnizaciones	-	-	-	-
Responsabilidad Civil Extracontractual	-	-	-	-
Otros (Especifique cuales)	-	-	-	-

7. ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO.

1. Se identificaron las actividades claves y las líneas defensas asociados para la estructuración del mapa de aseguramiento de la entidad el cual se constituye en el producto donde se evidencia las líneas de reporte de la entidad.

2. Proyección del manual técnico del Método Estándar de Control interno, para la implementación del sistema en la entidad, conforme a los seguimientos del DAFP.

3. Actualización en los datos de operación de trámites del Instituto en la plataforma del SUIT, el cual nos indica la forma de racionalizar los tramites de una manera más eficaz. Esta actividad se realiza mensualmente teniendo en cuenta la información suministrada.

4. Apoyo en la implementación de la política de la atención al ciudadano, cuyo fin es la implementación de canales directos con los usuarios

5. Cumplir con las actividades encomendadas por el supervisor del contrato dentro de la oportunidad establecida para eso

8. PAGO APROBADO

Pago anticipo	Valor:	$	-
Pago anticipado	Valor:	$	-
Pago parcial o mensual	Valor:	$	1.293.750,00
Pago Total	Valor:	$	1.293.750,00

8.1. SEGUIMIENTO Y CONTROL PRESUPUESTAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No. de Pago	Fecha de Pago	No. de Orden de Pago	Valor de Pago	Valor Saldo por Pagar
1				$ 7.762.500,00
2				
3				$ -

9. DOCUMENTOS ANEXOS REQUERIDOS

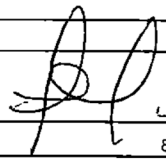
No.	Nombre de Documento	SI	N/A
1	Cuenta de Cobro y/o Factura	*	
2	Copia de Contrato (Solo primera cuenta)	*	
3	Registro Presupuestal (Solo primera cuenta)	*	
4	Pago Estampilla Gobernación o Carta de Autorizacion para el Descuento de las Estampillas (Solo primera cuenta)	*	
5	Pago Estampilla Alcaldía Distrital (Solo primera cuenta)	*	
6	Afiliación ARL (Solo primera cuenta)	*	
7	Certificación Bancaria (Solo Primera cuenta)	*	
8	Pago de Seguridad Social o Parafiscales	*	

10. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DEL INSTITUTO DE TRANSITO DEL ATLÁNTICO. ESTA PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL GERENTE GENERAL.

Tránsito del Atlántico / GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO	Código: GRI-F26
		Versión: 01
		Fecha de aprobacion: 27/01/21

Con el presente documento certifico: a) que el contratista ha cumplido con el objeto contratactual durante el periodo facturado; b) que los datos suministrados en este documento los he verificado de acuerdo a los archivos que reposan en la entidad y a los documentos suministrados por el contratista; c) que el contratista aportó los soportes de pago de los impuestos, los cuales fueron liquidados por la autoridad correspondiente y los soportes de pago de la seguridad social.

FIRMA DEL SUPERVISOR		FIRMA DEL CONTRATISTA	
Identificación:	32.853.319	**Identificación:**	8.498.913
Teléfono:	3713000	**Teléfono:**	3007472553
Dirección:	calle 40 nº 45 - 06	**Dirección**	Calle 3 No. 4 -89
Fecha de Supervisión:	05 de octubre de 2021		

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DEL INSTITUTO DE TRANSITO DEL ATLÁNTICO. ESTA PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL GERENTE GENERAL