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

1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO			
Informe No:	2	**Contrato No:**	141-2021
Nombre del Supervisor:	Agrpina Polo Igirio	**Cargo:**	Jefe Oficina Asesora de Planeacion
Periodo de Informe:	01 de octubre al 30 de octubre 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 diciembre del 2021
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: (día/mes/año)	15/09/2021	**Fecha de Terminación:** (día/mes/año)	15/12/2021
Fecha de Suspensión: (día/mes/año)	-	**Fecha de Reinicio:** (día/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			0	
Bono de Coldeportes		X			
Timbre		X			
Otros (Especifique Cuales)		X	-	-	-

5. ACREDITACION PAGO APORTES				
No. De Planilla	4413774919			
Base 40%	$ 1.035.000			
5.1 PERSONA NATURAL	**%**	**IBC**	**MES COTIZADO**	
Salud	12,50%	$ 129.400	Septiembre	
Pensión	16,00%	$ 165.600	Septiembre	
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	Septiembre	
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 estructuro el MECI para buscar una alineación a las buenas prácticas de control referenciadas desde el Modelo COSO, razón por la cual la estructura del MECI se fundamenta en cinco componentes

2. Se Generaron los lineamientos para dar conocer cambios en el entorno (interno y externo) que puedan afectar el logro de los objetivos. Revisión del adecuado desdoblamiento de los objetivos institucionales a los objetivos de procesos, que han servido de base para llevar a cabo la identificación de los riesgos

3. Se está proyectando la formulación del mapa de aseguramiento para identificar, evaluar y gestionar los riesgos institucionales, con el fin de socializarlo con los líderes de procesos y de todos los servidores de la entidad, afectar el logro de sus objetivos institucionales.

4. 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.

5. Solicitar información al Runt para dar respuesta al Derecho de Petición Elevado por el Señor Efraín Gamarra, solicitud que se hizo por medio del funcionario Luis Mercado

6. Proyectar respuesta al Derecho de Petición en cuanto a la información que suministro el Ingeniero de planta Manuel Pertuz, información que fue extraída de la plataforma CIVITRANS

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

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DEL INSTITUTO DE TRANSITO DEL ATLÁNTICO. ESTA PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO SIN AUTORIZACIÓN 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

8. PAGO APROBADO			
Pago anticipo	Valor:	$	-
Pago anticipado	Valor:	$	-
Pago parcial o mensual	Valor:	$	2.587.000,00
Pago Total	Valor:	$	2.587.000,00

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	1/09/2021	2021.TRA.01.001228	$ 1.293.750,00	$ 7.762.500,00
2	6/10/2021	2021.TRA.01.001507	$ 2.587.000,00	$ 6.468.750,00
3				
4				$ -
5				$ -
6				$ -

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

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 N° 45 - 06	Dirección	Calle 3 No. 4 -89
Fecha de Supervisión:	03 de noviembre de 2021		