PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FT-OC-121
	INFORME DE SUPERVISIÓN Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	VERSION: 01
		FECHA: 03/11/2015

DATOS DEL INFORME		
Fecha de presentación: **03 de Abril de 2023**	Nombre del Contratista: **MICHAEL STEPHAN RODRIGUEZ CHAUX**	No. Contrato: **CPS 047 del 05/01/2023**
Periodo del informe: **3**	Desde el 01/03/2023 Hasta el 31/03/2023	
Objeto del contrato: **"CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO DE APOYO A LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL PUTUMAYO.**		

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA				
Nit ó C.C. número	C. C. No 1.124.855.719 de Mocoa – Putumayo.			
Dirección	Barrio avenida 17 de julio			
Teléfono	3182804946			
Clase, Tipo y Número de cuenta	Cuenta de Ahorros N° 007-783308-57		Banco: **BANCOLOMBIA**	
Fecha de suscripción del contrato.	05/enero/2023			
Fecha de iniciación	05/ enero/2023			
Fecha de Terminación	30/abril /2023			
Plazo	TRES (03) MESES Y VEINTISÉIS (26) DÍAS CALENDARIO			
Valor Inicial	$ 11.016.133,33 MDA/CTE			
Prorrogas	Prorroga 1		Prorroga 2	Prorroga 3
Adiciones	Adición 1		Adición 2	Adición 3
	$ 0.00		$ 0,00	$ 0,00
Suspensiones: (fecha)		En días y/o Meses:		
Nueva fecha de terminación				
AVANCE DEL CONTRATO	Financiero:	$ 8.167.133,33		
	Tiempo de Ejecución:	DOS (2) MESES VEINTISEIS (26) DIAS		
	Porcentaje de Ejecución:	74.14%		
ESTADO FINANCIERO	Valor inicial:	$ 11.016.133,33		
	Adiciones:	00,00		
	Valor Total del contrato:	$ 11.016.133,33		
	Valor a pagar	$ 2.849.000,00		
	Saldo del contrato	$ 2.849.000,00		
	Anticipo	$ 0,00		
.000VALOR DEL PAGO SOLICITADO (Aplica para responsables	Factura No	$ 0,00		
	Fecha de la factura	-		
	Periodo facturado	-		
	Valor antes de IVA	$ 0,00		

IVA)	IVA	$ 0,00
	Valor a pagar	$ 0,00
	Legaliza Anticipo	$ 0,00

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	Póliza No: **N/A** Expedida: **N/A**	Aseguradora: **N/A** Fecha aprobación: **N/A**
	No. C.D.P: **75**	Fecha: 04/01/2023
	No. R.P: **42**	Fecha:05/01/2023
	No. Liquidación Estampillas: **197622 – 197623**	Fecha: 02/02/2023
	APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL	
	No de Planilla de Salud: 1315951117 Marzo/ 2023	Entidad: SURA Fecha: 29/03/2023 Valor: $ 145.000
	No de Planilla de Salud: 1315951117 Marzo/ 2023	Entidad: PORVENIR Fecha: 29/03/2023 Valor: $ 185.600
	No de Planilla de Salud: 1315951117 Marzo/ 2023	Entidad: Positiva Compañía Fecha: 29/03/2023 Valor: $ 6.100

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	El Supervisor hace constar que las actividades se cumplieron conforme a lo estipulado en el objeto y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió conforme a los requisitos de Ley con los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexa Comprobantes de pago.	
	Periodo a Pagar:	Desde el 01/03/2023 – 31/03/2023
	Valor a pagar (En letras):	**DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL PESOS MDA/CTE**
	Valor a pagar	**$ 2.849.000,00 MDA/CTE**

DOCUMENTO SOPORTES	1. Informe de actividades 2. Pago salud, pensión y ARP 3. Declaración Juramentada para la aplicación o no de la retención en la fuente. 4. Informe de supervisión y cumplimiento

SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

Supervisor: **Secretaría de Educación Departamental**	
Nombre: **SANDRA PATRICIA DIMAS PERDOMO**	
Cargo o contrato: **Secretaria de Educación Departamental**	Firma

Proyectó	Michael Rodríguez Chaux	Secretaría de Educación	Profesional de Apoyo Oficina Planeación y Finanzas - Contratista	Firma
Reviso	Lisbani Gómez Escobar	Secretaría de Educación	Profesional de Apoyo Oficina Jurídica - Contratista	Firma
Reviso	John Alexander Calderón	Secretaría de Educación	Profesional de Apoyo Despacho - Contratista	Firma