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

DATOS DEL INFORME		
Fecha de presentación: 07/Junio/2023	Nombre del Contratista: **MIGUEL ANGEL MOLINA MOLINA**	No. Contrato: **CPS 514-2023 del 10/02/2023**
Periodo del informe:	Desde el 10/02/2023 hasta el 28/02/2023	
Objeto del contrato: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN (1) INGENIERO DE SISTEMAS PARA APOYO EN EL SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DE AFILIACIÓN AL SGSSS DE LOS ENTES TERRITORIALES MUNICIPALES Y DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL.		

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA			
Nit ó C.C. número	C.C. No. 1.124.854.588 - Expedición 11/08/2008 de Mocoa		
Dirección	Barrio Palermo Sur		
Teléfono	3143420481		
Clase, Tipo y Número de cuenta	Cuenta de Ahorros No. 92724961225	Banco: Bancolombia	
Fecha de suscripción	10/02/2023		
Fecha de Iniciación	10/02/2023		
Fecha de Terminación	30/04/2023		
Plazo	80 días		
Valor Inicial	$ 8.714.117,33		
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:	
Terminación Anticipada:			
Reanudaciones: (fecha)			
AVANCE DEL CONTRATO	Financiero:	$ 2.069.602,83	
	Tiempo de Ejecución:	19 días	
	Porcentaje de Ejecución:	23,75%	
ESTADO FINANCIERO	Valor inicial:	$ 8.714.117,33	
	Adiciones:	$ 0,00	
	Valor Total del contrato:	$ 8.714.117,33	
	Valor a pagar	$ 2.069.602,87	
	Saldo del contrato	$ 6.644.514,46	
	Anticipo	$ 0,00	
VALOR DEL PAGO SOLICITADO (aplica para responsables IVA)	Factura No	$ 0,00	
	Fecha de la factura	-	
	Periodo facturado	-	
	Valor antes de IVA	$ 0,00	
	IVA	$ 0,00	
	Valor a pagar	$ 0,00	
	Legaliza Anticipo	$ 0,00	

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

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	**Póliza No.:** 560-47-994000160211 expedida el 09/02/2023	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Fecha de aprobación: 09/02/2023 mediante Acta No. N/A
	No. C.D.P: 275	Fecha: 09/02/2023
	No. R.P: 826	Fecha: 09/02/2023
	No. Liquidación estampillas: **203035-203036**	Fecha: 11/04/2023
	Aportes de Seguridad Social	
	No. de Planilla de Salud: 9449315947	Entidad: EMSSANAR Fecha: 05/04/2023 Valor: $114.400
	No. de Planilla de Pensión: 9449315947	Entidad: PORVENIR Fecha: 05/04/2023 Valor: $ 146.400
	No. de Planilla Riesgos Profesionales: 9449315947	Entidad: POSITIVA Fecha: 05/04/2023 Valor: $ 4.800

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 10/02/2023 hasta el 28/02/2023
	Valor a pagar (En letras):	DOS MILLONES SESENTA Y NUEVE MIL SEIS CIENTOS DOS PESOS CON OCHENTA Y SEIS CENTAVOS M/CTE
	Valor a pagar	$ 2.069.602,86
DOCUMENTOS SOPORTES	1. Informe de actividades 2. Planilla de Pago de Seguridad Social 3. Declaración juramentada para la aplicación o no de la retención en la fuente	

SUSCRIPCIÓN DEL INFORME	
Supervisor:	
ADRIANA LUCIA MEDICIS	
Secretaria de Salud Departamental	Firma