1. TIPO DE INFORME	
INFORME PARCIAL [X]	INFORME FINAL [ ]
Cuota Número **02**	
2. ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN	
Contrato No. **4162.010.26.1.0603 de 2023**	
Nombre completo del contratista: **LAURA MARCELA DEL CASTILLO LOPEZ**	
Documento de identificación: **1026284569 de Bogotá D.C.**	
Nombre del supervisor: **JOAN ANDRES OSORIO HERRERA**	
Organismo: **SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACION**	
Objeto del contrato: **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES AFINES A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE ADELANTA LA SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACION DEL DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI, EN ESPECIAL EN LA EJECUCION DEL PROYECTO DENOMINADO APOYO AL DESARROLLO DEPORTIVO Y RECREATIVO COMUNITARIOEN COMUNAS Y CORREGIMIENTOS DE SANTIAGO DE CALI (FICHA EBI BP-26002940).**	
3. INFORME JURÍDICO	
Fecha de Inicio **21/ 02 /2023**	Fecha terminación **30/ 04/2023**
Modificación(es) al contrato: **N/A**	
Suspensión: **N/A**	
Reanudación: **N/A**	
Cesión: **N/A**	
Terminación anticipada: **N/A**	

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

4. INFORME CONTABLE Y FINANCIERO

Valor inicial del contrato: Es hasta por la suma de **SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($ 7.440.000)**

Adición: **N/A**

Prórroga: **N/A**

Información para Retención en la fuente:

Para efectos de disminución de la base de retención en la fuente, anexo copia legible de los siguientes documentos:	SI	NO
• Recibo de consignación en mi cuenta de Apoyo al Fomento de la Construcción AFC del periodo de la cuota.		X
• Recibo de consignación en mi cuenta del Fondo de Pensiones voluntarias del periodo de la cuota.		X

Información:

Valor Total del Contrato	Valor Cuota a cancelar	Valor Acumulado Cancelado	Saldo por Cancelar
$ 7.440.000	**$ 2.480.000**	**$ 2.480.000**	**$ 2.480.000**

Información del pago de seguridad social:

Obligación	Datos Certificación o Planilla de Pago

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales	No. Planilla: **1053145621- 1053216951** No. PIN, Autorización, Referencia, Pago: **1053145621 – 1053216951** Operador: **SIMPLE** Fecha de Pago: **06/03/2023- 07/03/2023** Periodo de pago de la seguridad social: **MARZO/2023**

Observaciones al informe financiero y contable: **el contratista pasa planilla pagada y otra planilla con el pago de la ARL**

5. INFORME TÉCNICO

Concepto Supervisor:
Mediante el presente documento a continuación relaciono las actividades realizadas según el contrato de Prestación de Servicios No. **4162.010.26.1.0603-2023**

1). Apoyó la realización y ejecución de las actividades y atenciones presenciales y/o virtuales que requiera el proyecto al cual fue asignado dentro de las necesidades de los beneficiarios que caracterice el programa Mas Vitales.
2). Brindó apoyo en la organización y asistencia de las diferentes reuniones y capacitaciones programadas por el área de fomento, que sean necesarias para el desarrollo del programa al cual fue asig - nado, esto se puede certificar en los diferentes listados de asistencia correspondientes a la reuniones y capacitaciones a las cuales fue requerido.

3). Apoyó, realizó y presentó la consolidación de los informes, planes de trabajo, cronogramas, diarios de campo y bases de datos requeridos por el proyecto Mas Vitales, lo anterior con los parámetros por los cuales se rige el SGC para la elaboración de los mismos.

4). Apoyó el ingreso de los diferentes beneficiarios a la plataforma SIDER de acuerdo a las necesidades del programa Mas Vitales, esto teniendo en cuenta las diferentes metas a realizar mensualmente dentro del programa

5). Brindó apoyo en las actividades operativas, logísticas o asistenciales de del área de fomento conforme al proyecto de inversión teniendo en cuenta las necesidades básicas del programa con relación a traslados, y requerimientos propios de los beneficiarios del programa Mas Vitales

6) Apoyó con el cumplimiento de las distintas actividades en el desarrollo del sistema de gestión de calidad.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

Recibo a Satisfacción de Servicios: **N/A**

Constancia de Paz y Salvo: **N/A**

Observaciones al informe técnico**: N/A**

6. RECOMENDACIONES PARA EL CONTRATISTA

NO SE REPORTA RECOMENDACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO

7. FIRMAS RESPONSABLES

JOAN ANDRES OSORIO HERRERA
Nombre y firma del Supervisor

_____
Nombre y firma del Apoyo a la Supervisión (Incluir cuando aplique)

Fecha de suscripción del informe de supervisión: **Distrito De Santiago De Cali, 24/03/2023**

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.