1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL [X] INFORME FINAL [ ]

Cuota Número **1**

2. ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato No. **4162.010.26.1.0908 de 2023**

Nombre completo del contratista: **MIGUEL JUSETH GARCIA OSORIO**

Documento de identificación: **1.006.180.860 DE CALI**

Nombre del supervisor: **JHON JAIRO HENAO GRAJALES**

Organismo: SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACION

Objeto del contrato**: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES AFINES A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE ADELANTA LA SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN DEL DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI, EN ESPECIAL EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO RECREACIÓN A TRAVÉS DE INICIACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA EN SANTIAGO DE CALI. (FICHA EBI BP-26002669)**

3. INFORME JURÍDICO

Fecha de Inicio	Fecha terminación
03/ MARZO /2023	**30/ ABRIL /2023**

Modificación(es) al contrato: **N/A**

Suspensión: **N/A**

Reanudación: **N/A**

Cesión: **N/A**

Terminación anticipada: **N/A**

4. INFORME CONTABLE Y FINANCIERO

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.

Valor inicial del contrato: Es hasta por la suma de **SEIS MILLONES CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($ 6.054.000)**

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
$ 6.054.000	**$ 2.018.000**	**$ 0**	**$ 4.036.000**

Información del pago de seguridad social:

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.

Obligación	Datos Certificación o Planilla de Pago
Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales	No. Planilla: **1053161590** No. PIN, Autorización, Referencia, Pago: **1053161590** Operador: **SIMPLE** Fecha de Pago:**09/MARZO/2023** Periodo de pago de la seguridad social**: FEBRERO/2023**

Observaciones al informe financiero y contable: **N/A**

5. INFORME TÉCNICO

Concepto Supervisor:

Mediante el presente documento a continuación relaciono las actividades realizadas según el contrato de Prestación de Servicios No. **4162.010.26.1.0908-2023**

1. Realizó la socialización del programa en los territorios asignados con el ánimo de que la comunidad se entere del programa y puedan desarrollar la inscripción al mismo.

2. Presentó la documentación requerida desde el área administrativa y de gestión documental siguiendo las directrices del equipo asistencial.

3. Siguió las recomendaciones realizadas por el equipo técnico y el equipo psicosocial en cuanto al desarrollo de las actividades propias a nivel operativo.

4. Presentó los formatos exigidos consolidando la información de acuerdo con las actividades desarrolladas, siguiendo las directrices brindadas desde el área de gestión de calidad.

5. Asistió a las reuniones programadas por el equipo técnico y psicosocial con el fin de recibir directrices que le permitan tener herramientas en la prestación de servicio de la línea de iniciación y formación deportiva.

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**

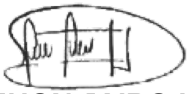
Constancia de Paz y Salvo: **N/A**

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

6. RECOMENDACIONES PARA EL CONTRATISTA

NO SE REPORTA RECOMENDACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO

7. FIRMAS RESPONSABLES



JHON JAIRO HENAO GRAJALES
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, 21/MARZO/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.