1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL [X] INFORME FINAL [ ]

Cuota Número **01**

2. ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato No. **4162.010.26.1.1326 de 2023**

Nombre completo del contratista: **RUTH KAMILA VALENCIA CRUZ**

Documento de identificación: **1144204068**

Nombre del supervisor: **JOAN ANDRES OSORIO HERRERA**

Organismo: SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACION

Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES 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 CON ESTRATEGIAS PARA EL ENVEJECIMIENTO FUNCIONAL SALUDABLE Y ACTIVO EN SANTIAGO DE CALI (FICHA EBI BP-26002940).

3. INFORME JURÍDICO

Fecha de Inicio	Fecha terminación
16/ MAYO /2023	**31/ OCTUBRE /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 VEINTICINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE **($25.728.000)**

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
$ 25.728.000	**$ 4.288.000**	**$ 0**	**$ 21.440.000**

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: 1054900700 No. PIN, Autorización, Referencia, Pago: 1054900700 Operador: **SIMPLE** Fecha de Pago: **18/MAYO/2023** Periodo de pago de la seguridad social: **ABRIL 2023**

Observaciones al informe financiero y contable: El contratista presenta pago de seguridad social fuera de las fechas establecidas dentro de la normatividad.

5. INFORME TÉCNICO

Concepto Supervisor:
Mediante el presente documento a continuación relaciono las actividades realizadas según el contrato de Prestación de Servicios No. **4162.010.26.1.1326-2023**

1.Apoyó la verificación del archivo físico y/o digital del área de fomento en especial las del proyecto a cargo, para esta actividad realizo chequeo de cada uno de los documentos, folió, encarpeto e imprimió teniendo en cuenta los requerimientos de gestión de archivo.

2.Brindó apoyo en la revisión y carga de documentos, en la plataforma de Gestión contractual cumpliendo con los requisitos asignados por el sistema.

3.Apoyó capacitación de cuentas de cobro, plataformas y demás que se requieren para dar cumplimiento a los lineamientos del supervisor.

4.Apoyó la revisión de cuentas de cobro de los contratistas del proyecto a cargo.

5. Apoyó el cargue de documentos que requiere la plataforma del Secop II de los contratistas del proyecto a cargo.

6.Apoyó la revisión de evidencias, cargue y demás para dar cumplimiento a los lineamientos de calidad del mapa de riesgos de la dependencia de fomento.

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
Se le recomienda al contratista realizar el pago de seguridad social dentro de las fechas establecidas por la normatividad.
7. FIRMAS RESPONSABLES
 _____ **JOAN ANDRES OSORIO HERRERA** **Nombre y firma del Supervisor**
Fecha de suscripción del informe de supervisión: **Distrito De Santiago De Cali, 26/MAYO/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.