FECHA DEL INFORME: 26/07/2023	**CONTRATO No.** ESAL 05 / 495 - 2023	**FECHA DE SUSCRIPCION:** 21/04/2023
CONTRATISTA: DSANCOL ORG - MARIO RAFAEL CHICA MEZA		**CC o NIT**: 7920074 / 901410425-4
Correo electrónico: dsancolorg@gmail.com		**Numero de Contacto:** 323 310 08 49
FECHA DE INICIO	**FECHA INICIAL DE TERMINACIÓN**: 24/08/2023	
24/04/2023	**FECHA FINAL DE TERMINACION** (con prorroga si aplica): N/A	
NUMERO DE PAGO: 04		**PERIODO DE PAGO:** ACTA PARCIAL N°3

OBJETO: AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS PARA LA ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR BAJO LA MODALIDAD CENTROS VIDA DEL MUNICIPIO DE MELGAR - TOLIMA VIGENCIA 2023.

☐ **OBRA** ☐ **SUMINISTRO** ☒ **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** ☐ **COMPRAVENTA**

☐ **CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS** ☐ **OTROS**_____

1. Seguimiento a las Obligaciones Contractuales

En calidad de supervisor del contrato **495-2023** adjudicado a **DSANCOL ORG - MARIO RAFAEL CHICA MEZA** con plazo de ejecución hasta el **24/08/2023** del presente año, del presente año, se recibe solicitud de pago por concepto de Acta Parcial N°3 por valor de $235.670.602 adjudicada documentación señala en el estudio previo y convenio firmado entre las partes cargado en el SECOP 2.

Como supervisor de la ESAL 005 2023 doy viabilidad para realizar dicho pago de anticipo.

2. Verificación de evidencias de cumplimiento (mencionar)

INFORME DE ACTIVIDADES Y FOTOGRAFICO

3. solicitudes, peticiones, reclamaciones, suspensiones y reinicios presentados por el contratista en relación con la ejecución del contrato (mencionar y adjuntar si aplica).

N/ REGISTRA

4. solicitudes, peticiones, reclamaciones, suspensiones y reinicios presentados por el supervisor en relación con la ejecución del contrato (mencionar y adjuntar si aplica).

N/ REGISTRA

5. Balance Financiero del Contrato

BALANCE FINANCIERO	
CONCEPTO	**VALORES ESPECIFICOS**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 930.102.383**
VALOR ADICIONAL (Cuando Aplique)	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 930.102.383**
PAGO ANTICIPO 40%	$ 372.040.953
PAGO PARCIAL N°1	$259.187.916
AMORTIZACIÓN	$186.020.477
VALOR TOTAL PARA PAGAR	$73.167.440
PAGO PARCIAL N°2	$215.757.687
AMORTIZACIÓN	$186.020.477
VALOR TOTAL PARA PAGAR	$29.737.211
PAGO PARCIAL N°3	$235.670.602
VALORES EJECUTADOS A LA FECHA	**$710.616.205**
VALOR POR EJECUTAR	**$ 219.486.178**

6. Verificación de Soportes de pago al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales

Salud [x]	Pensión [x]	ARL [x]	**Mes:** Certificación De Aportes **Fecha de Pago:** 25/007/2023

7. Verificación Vigencia Pólizas

Compañía: SEGUROS DEL ESTADO S.A.			
Garantías: Cumplimiento	**No.** 96-40-101063897	**Fecha**	24/04/2023
Garantías: Responsabilidad Civil Extracontractual	**No.** 96-44-101180612	**Fecha**	24/04/2023

NOTA: Las garantías, que debían actualizarse por modificación en el plazo del contrato y/o valor del mismo, fueron actualizadas y aprobadas de manera previa a la presente acta.

8. Datos para el pago

Factura y/o cuenta de cobro No. FD - 20

Valor sin IVA: $235.670.602	**Valor IVA:** $N/A
Amortización Anticipo: $0	**Valor total Pago:** $235.670.602
Disponibilidad Presupuestal: 2023000022 del 11/01/2023 2023000023 del 11/01/2023 2023000024 del 11/01/2023	**Registro Presupuestal:** 2023000812 del 21/04/2023
Rubro Presupuestal: 2.3.2.02.02.009.003 / 101 / 2020734490007 / 41/ 3601 / 4104008 / 91199 / 001 **($0)** 2.3.2.02.02.009.003 / 122 / 2020734490007 / 41/ 3601 / 4104008 / 91199 / 001 **($14.064.828)** 2.3.2.02.02.009.003 / 112 / 2020734490007 / 41/ 3601 / 4104008 / 91199 / 001 **($221.605.774)**	**Valor:** $235.670.602
Nombre titular de la cuenta: DISTRIBUCIONES TORRES GARCIA S.A.S. / MAYRA ALEJANDRA GARCIA LARA	**No. Identificación titular de la cuenta:** 1.045.693.448
Entidad Financiera: BANCO BBVA	**No. Cuenta:** 0270000200179963 **Ahorros** [x] **Corriente** [ ]

Certificación Inscripción de cuenta:	**Si**	**NO** N/A

Certificó que el contratista en mención cumplió a cabalidad con las obligaciones establecidas en el contrato suscrito con la Alcaldía de Melgar Tolima. En consecuencia, se puede tramitar el pago correspondiente al periodo indicado.

9. Datos del Supervisor

Nombre:	**Cargo:**	**Firma:**
MARITZA ARAGON RODRIGUEZ	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	