E.S.E. CAMILO TRUJILLO SILVA DE PALESTINA

NIT 813.011.505-4

"SERVIMOS CON PERTENENCIA PARA EL BIENESTAR DE LA COMUNIDAD"

INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS

I. DATOS BÁSICOS

1. No.	ESECTS-CON-CD-PS-129-2023	**2.Tipo de Contrato:**	Prestación de Servicios		
3.Plazo de Ejecución	2 MESES	**4.Fecha de Inicio:**	13/07/2023	**5.Fecha de Finalización**	23/08/2023
6.NombreContratista:	CORPORACION FILANDELFIA	**7.C.C./C.E.oNit:**	813008310-4		
8.NombreSupervisor:	SANDRA PAOLA VARGAS CLAROS				
9.Dependencia que realiza el Contrato:	PRESUPUESTO Y CONTRATACIÓN				

II.DESCRIPCIÓN

10.Objeto del Contrato:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE RADIODIFUNDIR TEMAS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO MISIONAL DE LA ESE CAMILO TRUJILLO SILVA, EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTA LA ENTIDAD Y LOS DIFERENTES PROGRAMAS, CAMPAÑAS QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN, CAMPAÑAS EN CONCORDANCIA CON PIC MUNICIPAL.			
11.Período de ejecución del pago:	JULIO Y AGOSTO DE 2023	**12.Valor a pagar según período de ejecución:**	$ 2.000.000,00	
	COF1806 de 31 de agosto de 2023	**14.No.Pagos de Pagos Realizados**	1	

15.Aportes al sistema de seguridad social y parafiscales(cuando corresponda):	*El supervisor certifica que el contratista o proveedor está cumpliendo con el pago al sistema de seguridad social y parafiscales según corresponda, conforme a:(para el caso de proveedores indique la certificación de aportes expedida por Representante Legal o Reviso rFiscal y para el caso de contratistas suministre la información relacionada a continuación)*			
	Planilla de Autoliquidación No.	8697748235	***FechadePago:***	6/07/2023
	Valor Aporte Salud:	$ 145.000	***Valor Total Panillla $***	$ 441.100,00
	Valor Aporte Pensión:	$ 185.600		
	Valor Aporte Parafiscales	$ 104.400		
	Valor Aporte A.R.L.:	$ 6.100		

15.Aportes al sistema de seguridad social y parafiscales(cuando corresponda):	*El supervisor certifica que el contratista o proveedor está cumpliendo con el pago al sistema de seguridad social y parafiscales según corresponda, conforme a:(para el caso de proveedores indique la certificación de aportes expedida por Representante Legal o Reviso rFiscal y para el caso de contratistas suministre la información relacionada a continuación)*			
	Planilla de Autoliquidación No.	8697748235	***FechadePago:***	22/08/2023
	Valor Aporte Salud:	$ 148.100	***Valor Total Panillla $***	$ 450.700,00
	Valor Aporte Pensión:	$ 189.600		
	Valor Aporte Parafiscales	$ 106.700		
	Valor Aporte A.R.L.:	$ 6.300		

III.INFORMACION PRESUPUESTAL

16.Fuentes del Recurso:	*Funcionamiento X*			Inversión	
***17.RubroPresupuestal: (S** e debe Diligenciar por cada uno de los rubros de afectación del contrato)*	***Clasificador Presupuestal***		***Vigencia*** *(marqueconunax)*		***Valor a afectar($)***
	Rubro	***Recurso***	***Actual***	***Reserva Pptal***	
	2.1.2.02.02.008		X	270	$ 2.000.000,00

18.Valor y Ejecución

Valor Inicial del Contrato($)	$ 2.000.000,00		
Valor Adiciones	$ -		
Valor Total del Contrato($)	$ 2.000.000,00		
Valor Ejecutado($):	$ 2.000.000,00	**%de Ejecución**	100,0
Saldo por Ejecutar($):	$ -	**%por Ejecutar**	0,0
		%Total	**100%**

IV.AVANCE DEL CONTRATO (ACTIVIDADES REALIZADAS O PRODUCTOS ENTREGADOS)

% DE EJECUCIÓN DE AVANCE EN TIEMPO (Con respecto al plazo de ejecución)

Como resultado de la supervisión se pudo establecer que las actividades pactadas en el contrato se realizaron sin ninguna dificultad; las principales:

Se cumplio con el objeto del contrato y se desarrollaron actividades misionales de la Ese Camilo Trujillo Silva.

Certificado de cumplimiento expedido por el T.A. Contratacion

19. OBSERVACIONES:

✓ El jefe inmediato certifica que el contrato en mención se cumplió satisfactoriamente según como dice el objeto del mismo.

✓ Se pudo constatar el desarrollo del objeto contractual.

✓ Pago PILA IBC 40% Se pudo verificar el pago de seguridad social según planilla.

SANDRA PAOLA VARGAS CLAROS

Gerente