1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL [X] INFORME FINAL [ ]

Cuota Número **02**

2. ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato No. **4162.010.26.1.2744 de 2023**

Nombre completo del contratista: **CARLOS ARTURO VELEZ MANZANO**

Documento de identificación: **16.724.866 SANTIAGO DE CALI (VALLE DEL CAUCA)**

Nombre del supervisor: **VICTOR EMILIO SOTO PEREIRA**

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 RECREACION CON PROCESOS DE FORMACION DEPORTIVA Y RECREATIVA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES DE SANTIAGO DE CALI. (FICHA EBI BP-26003705)

3. INFORME JURÍDICO

Fecha de Inicio	Fecha terminación
22/11/2023	**31/12/2023**

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.**	**$ 2.018.000.**	**$ 2.018.000.**

Información del pago de seguridad social:

Obligación	Datos Certificación o Planilla de Pago
Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales	No. Planilla: **1058576027** No. PIN, Autorización, Referencia, Pago: **8863219520** Operador: **SIMPLE** Fecha de Pago: **18/NOVIEMBRE/2023** Periodo de pago de la seguridad social**: NOVIEMBRE/2023**

Observaciones al informe financiero y contable: **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.

5. INFORME TÉCNICO

Concepto Supervisor:

Mediante el presente documento a continuación relaciono las actividades realizadas según el contrato de Prestación de Servicios No. **4162.010.26.1.2744-2023**

. 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 al cual fue asignado

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 asignado, esto se puede certificar en los diferentes listados de asistencia correspondientes a la reuniones y capacitaciones a las cuales fue requerido.

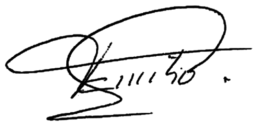
3). Apoyó, realizó y presentó la consolidación de los informes, planes de trabajo, cronogramas, diarios de campo y bases de datos requeridos por el proyecto al cual fue asignado, lo anterior con los parámetros por los cuales se rige el SGC para la elaboración de los mismos.

4). Apoyó el ingreso de los diferentes beneficiarios a la plataforma SIDER de acuerdo a las necesidades del programa, 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

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
 **VICTOR EMILIO SOTO PEREIRA** **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, 11/DICIEMBRE/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.