INFORME Y CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN No. 1 DEL CONTRATO No. 004 DE 2024.

DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
CONTRATISTA:	OSCAR JULIAN CHINGATÉ ROJAS
NIT/ C.C.:	C.C. 1.122.141.670 de Acacías.
OBJETO DEL CONTRATO:	"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ASESORAR Y SUSTANCIAR DOCUMENTOS EXIGIDOS EN EL PROCESO DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN DEL INSTITUTO DE TRANSITO Y TRANSPORTE DE ACACIAS."
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	QUINCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($15.600.000) MCTE.
ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO CON ADICIÓN:	N/A
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	CUATRO (4) MESES
PRORROGA:	N/A
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO CON PRORROGA:	N/A
FECHA DE FIRMA DEL CONTRATO:	CINCO (5) DE ENERO DE 2024
FECHA ACTA DE INICIO:	CINCO (5) DE ENERO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	04 DE MAYO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN REAL:	
SUPERVISOR	VICTOR ALFONSO CRUZ DAZA
PERIODO EJECUTADO:	PRIMERO 05/01/2024- 04/01/2024

Teniendo en cuenta que se me designó como SUPERVISOR del contrato No 004 de 2024, me permito presentar el informe del desarrollo del objeto contractual:

1. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

Que el contratista presentó informe de actividades del periodo 05 de enero al 04 de febrero de 2024.

Que en desarrollo de mis funciones y potestades como supervisor(a) del contrato N° 004 de 2024, se adelantó un proceso de verificación y constatación de la ejecución de las actividades desarrolladas en cumplimiento del objeto contractual y fueron soportadas por el contratista.

No. Pago	Valor pago mensual	Valor IBC 40%	Número de planilla	Mes o periodo pagado	Vr. Pagado
Pago No. 1	$3´900.000	$1´560.000	Xxxx	ENERO	$452.000

3. **ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO:** El siguiente es el balance financiero de ejecución del contrato:

CONCEPTO	VALOR	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
PAGO 1	$3´900.000	25%
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR	$11´700.000	75%
SALDO A FAVOR DE LA ENTIDAD	N/A	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$15.600.000	100 %

4. **CONCLUSIÓN:** La supervisión certifica que el contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones adquiridas en el contrato; por lo que es procedente realizar el pago correspondiente al período No relacionado en el ítem 1. VERIFICACION DE ACTIVIDADES. por valor de TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE.

5. **ANEXOS**

a) Informe de actividades del periodo relacionado en el presente informe
b) Planilla de Pago de seguridad social, pensión y riesgos laborales correspondientes al periodo relacionado en el presente informe

VICTOR ALFONSO CRUZ DAZA
DIRECTOR ITTA
SUPERVISOR CONTRATO No 004 de 2024

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1122141670	OSCAR JULIAN CHINGATE ROJAS		Calle 17a #29a 29	1111111	jocr97@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	ACACÍAS	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	08/02/2024	74615585	$452.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	195.000	0		0		0	0	0	0	195.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	249.600	0	0	0	0	0	0		249.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.200				8.200	0	0	8.200			82	8.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	195.000	195.000
Pensión	1	249.600	249.600
Riesgos Laborales	1	8.200	8.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	452.800	452.800

PAGADA

ANDRÉS G.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información