INFORME DE SUPERVISION
CONTRATO No. CDP20240057

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista	GRAFACOLOR DISEÑO & PUBLICIDAD
Identificación	19.580.895-1
Fecha de suscripción del Contrato	2024/02/27
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS PARA IMPRESORAS DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
Plazo de Ejecución	1 MES
Fecha de Iniciación	29 DE FEBRERO DEL 2024
Fecha de Finalización	26 DE MARZO DE 2024 O AGOTAR RECURSOS

2. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

Valor total del Contrato	$20.000.000,00
Valor Honorarios mensuales	N/A
Valor ejecutado (a la fecha de este informe)	$19.960.000
Valor faltante por ejecutar	$4.000,00
Porcentaje de Ejecución	99,8%
Porcentaje por Ejecutar	00,2%
Estado de la Garantía	Vigente
Matriz de Riesgos del Contrato	Sin afectación. En monitoreo y revisión por parte de la supervisión.

3. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

3.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 27 DE FEBRERO AL 26 DE MARZO DEL 2024.

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

OBLIGACIONES. (Diligenciar con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos y agregar si así se requiere)

Detalle de las actividades realizadas		
Actividad	**Evidencias o Soportes**	**Fecha**
SUMINISTRO DE INSUMOS PARA IMPRESORAS DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA	**Facturas** GRA1-246	01 DE MARZO DE 2024

NOTA: El informe de ejecución del contratista junto con los soportes del caso hacen parte de la carpeta de supervisión del contrato y del expediente contractual correspondiente.

a. ESTADO Y AVANCE DEL CONTRATO

El Contrato **No CDP20240057**, se encuentra EJECUTADO,

4. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

5. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN O INTERVENTORIA

- Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
- Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
- Verificación de la ejecución de las actividades específicas del contrato y seguimiento a la matriz de riesgos.

- Verificación del pago al Sistema de Seguridad Social Integral realizado por el contratista, de conformidad con la normatividad vigente.
- Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
- Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
- Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad al servicio recibido.
- Trámite de reconocimiento y pago de honorarios ante la Subdirección Financiera.

6. **CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).**

Se verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla o certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

7. **ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO Y MONITOREO A LA MATRIZ DE RIESGO DEL CONTRATO**

Se ha realizado el monitoreo por parte de la supervisión, de acuerdo con el tratamiento y/o control de los riesgos establecido en la matriz de los estudios previos del contrato, evidenciándose que no hay materialización de los mismos. Lo anterior se verifica a través del informe mensual de actividades del contratista de acuerdo con las obligaciones específicas pactadas, las cuales han tenido satisfactorio cumplimiento a la fecha.

8. **CERTIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL**

Certifico que el contratista **GRAFACOLOR DISEÑO & PUBLICIDAD NIT 19.580.895-1,** cumplió con el objeto contractual del presente contrato y presento los documentos correspondientes para pago.

Atentamente,

JAIME PEÑALOZA MORENO
RESPONSABLE DEL AREA DE ALMACEN

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

GRAFOCOLOR
Diseño, Publicidad & Proveeduría

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
b7e1a80d0ba5a44177c02e2037aa15d5be7b619c853cda18e42db6ac393aa4cd0b4691f631b1623ab5886bef47276774

Número de Factura: GRA1-246
Fecha de Emisión: 01/03/2024
Fecha de Vencimiento: 31/03/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: COGOLLO HOYOS JOSE GREGORIO
Nombre Comercial: COGOLLO HOYOS JOSE GREGORIO
Nit del Emisor: 19580895
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 4761
País: Colombia
Departamento: Cesar
Municipio / Ciudad: Valledupar
Dirección: CONJ RESIDENCIAL LA FONTANA MZ H CA 4
Teléfono / Movil: 3157341732
Correo: grafocolor2012@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 8917800087
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Magdalena
Municipio / Ciudad: Fundación
Dirección: CL 16 5A 46
Teléfono / Móvil: 4143110
Correo: almacen@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	60121007	TONER LASSER HP 105 A	NIU	160,00	$ 95.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.200.000,00
2	60121007	TONER LASSER SAMSUNG REF 111L	NIU	40,00	$ 95.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.800.000,00
3	60121007	TONER LASSER HP 85 A	NIU	5,00	$ 70.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 350.000,00
4	60121007	TONNER LASSER 17 A	NIU	5,00	$ 95.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 475.000,00
5	30192000-1	TONNER CON CHIP 115A	NIU	1,00	$ 135.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 135.000,00

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-03-01 07:44:22
Documento generado el: 2024-03-01 07:44:21
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			19.960.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			19.960.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			19.960.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	19.960.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764062065648 Rango desde: 235 Rango hasta: 250 Vigencia: 2024-06-16

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

NIT: 891780008 **CODIGO DE HABILITACION:** 472880009101
DIRECCION: CALLE 16 NO 5A 46 **TELEFONO:** +57 (5) 413 00 43
EMAIL:

ENTRADA DE ALMACEN

Fuente: 20 **Nro:** 5.002 **Fecha:** 01/03/2024 **Orden:** 0 **Concepto:** COMPRAS CREDITO
Proveedor: Nit/CC- 19580895 - GRAFOCOLOR **Prefijo:** **Factura:** 246

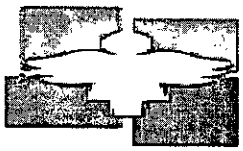
Codigo	Descripcion	Lote	Bodega	Fecha venc.	Cant	iva	Vunit	Total
MO536	TONER CON CHIP 115A		30		1		$135.000,00	$135.000,00
INSHP17A	TONER HP 17A		30		5		$95.000,00	$475.000,00
EQ69	TONER ECO 85A		30		5		$70.000,00	$350.000,00
INS9512	TONER LASSER SAMSUNG 111XL		30		40		$95.000,00	$3.800.000,00
MS055	TONER 105		30		160		$95.000,00	$15.200.000,00

Observacion

SubTotal:	**$19.960.000,00**
Descuento:	**$0,00**
Iva:	**$0,00**
Reteica:	**0,00**
Retencion:	**0,00**
Total:	**$19.960.000,00**

Firma Responsable

Usuario: 1081809932



ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

NIT: 891780008 **CODIGO DE HABILITACION:** 472880009101

DIRECCION: CALLE 16 NO 5A 46 **TELEFONO:** +57 (5) 413 00 43

EMAIL:

SALIDA DE ALMACEN

Fuente: 28 **Nro:** 2.148 **Fecha:** 2024-03-01 **Factura:** 246 **Concepto:**CONSUMIBLES PARA EQUIPOS DE IMPRESION Y COMPUTA

Proveedor: GRAFOCOLOR

Codigo	Descripcion	Cnt	V/unit	Lote	IVA	Total
EQ69	TONER ECO 85A	5	70.000,00			350.000,00
MO536	TONER CON CHIP 115A	1	135.000,00			135.000,00
MS055	TONER 105	160	95.000,00			15.200.000,00
INSHP17A	TONER HP 17A	5	95.000,00			475.000,00
INS9512	TONER LASSER SAMSUNG 111XL	40	95.000,00			3.800.000,00

Observaciones:

Subtotal:	**19.960.000,00**
iva:	**0,00**
TOTAL:	**19.960.000,00**

Firma quien entrega
JAIME PEÑALOZA MORENO

Firma quien recibe:

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	19580895
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			JOSE GREGORIO COGOLLO HOYOS
CIUDAD/MUNICIPIO	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO.	CESAR
DIRECCIÓN	CRA 9 # 9-17	TELÉFONO.	5888888
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE.	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA		7911853420	TIPO DE PLANILLA		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES enero AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2024/01/26	NUMERO AUTORIZACIÓN.		417822091

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14 23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 19580895	COGOLLO HOYOS JOSE GREGORIO	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	$ 1.300.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23- POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	19580895	$ 6.800

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 377.300