INFORME DE SUPERVISION #2
CONTRATO No. CDP20240127

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista	**GRAFACOLOR DISEÑO & PUBLICIDAD**
Identificación	**19.580.895-1**
Fecha de suscripción del Contrato	2024/05/17
Objeto	**SUMINISTRO OPORTUNO DE PAPELERIA, UTILES DE OFICINA Y PAPELERIA PREIMPRESA PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION – MAGDALENA**
Plazo de Ejecución	1 MES
Fecha de Iniciación	22 DE MAYO DEL 2024
Fecha de Finalización	21 DE JUNIO DEL 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)	**$19.971.700,00**
Valor faltante por ejecutar	**$28.300,00**
Porcentaje de Ejecución	99,8%
Porcentaje por Ejecutar	0,2%
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 22 DE MAYO AL 21 DE JUNIO 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 OPORTUNO DE PAPELERIA, UTILES DE OFICINA Y PAPELERIA PREIMPRESA PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION – MAGDALENA	**Facturas** GRA1-264 GRA1-265	10 DE JUNIO 2024
	GRA1-266	13 DE JUNIO 2024
	GRA1-272	20 DE JUNIO 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 CDP20240127**, 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 :
3a04e1f41f4d90c9b40bc84cc415590e0ea6d7315a0f271b31522c7ba346dc341e47f14545a00e0998b82b73a925e09d

Número de Factura: GRA1-272
Fecha de Emisión: 20/06/2024
Fecha de Vencimiento: 20/07/2024
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 / Móvil: 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	CAJAS DE RESMA TAMAÑO CARTA X 10 UND.	NIU	6,00	$ 210.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.260.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-06-20 11:08:39
Documento generado el: 2024-06-20 11:08:38
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			1.260.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			1.260.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			1.260.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	1.260.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764068841588 Rango desde: 251 Rango hasta: 350 Vigencia: 2026-04-11

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:** 5.136 **Fecha:** 20/06/2024 **Orden:** 0 **Concepto:** COMPRAS CREDITO
Proveedor: Nit/CC- 19580895 - GRAFOCOLOR **Prefijo:** **Factura:** 272

Codigo	Descripcion	Lote	Bodega	Fecha venc.	Cant	iva	Vunit	Total
PAP085	RESMA DE PAPEL TAMAO CARTA		30		6		$210.000,00	$1.260.000,00

Observacion

SubTotal:	**$1.260.000,00**
Descuento:	**$0,00**
Iva:	**$0,00**
Reteica:	**0,00**
Retencion:	**0,00**
Total:	**$1.260.000,00**

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:** 2.239 **Fecha:** 2024-06-20 **Factura:** 272 **Concepto:** CONSUMO PAPELERIA ADMINISTRATIVOS

Proveedor: GRAFOCOLOR

Codigo	Descripcion	Cnt	V/unit	Lote	IVA	Total
PAP085	RESMA DE PAPEL TAMAO CARTA	6	210.000,00			1.260.000,00

Observaciones:

Subtotal:	**1.260.000,00**
iva:	**0,00**
TOTAL:	**1.260.000,00**

Firma quien entrega
JAIME PEÑALOZA MORENO

Firma quien recibe:

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	19580895
NOMBRE Ó 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:			7924162214	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	621440753

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	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

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

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	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																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE
1	CC 19580895	COGOLLO HOYOS JOSE GREGORIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	19580895	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 377.300

Planilla Pagada