ALCALDÍA MUNICIPAL DE FONSECA LA GUAJIRA
NIT: 892.170.008-3

FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN

DESDE 24/06/2024 – HASTA 23/07/2024

CONTRATO	*054*	***CONVENIO***	
INFORME PARCIAL	*3*	***INFORME FINAL***	

1. OBJETIVO

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ALCALDIA MUNICIPAL DE FONSECA , LA GUAJIRA.

2. DATOS GENERALES

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	ASIGNACIÓN DIRECTA
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SECRETARÍA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO)	SECRETARIA DE GOBIERNO Y ASUNTOS ADMINISTRATIVOS
NÚMERO DEL CONTRATO/CONVENIO	054 – 2024
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO	24/04/2024
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ALCALDIA MUNICIPAL DE FONSECA , LA GUAJIRA.
CONTRATISTA	JOSE MANUEL GONZALEZ MENDOZA
NIT/CC	17.953.133
VALOR DEL CONTRATO/CONVENIO	$6.400.000,00 M/L.
FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS	De acuerdo a la establecida en el plan de pagos de la plataforma del Secop II. Previamente el supervisor verificara que los siguientes documentos estén cargados en la plataforma del Secop II: -Informe de actividades -Informe de supervisión de actividades debidamente firmado por el supervisor del contrato, dentro del cual se certifique la satisfacción del cumplimiento de las cláusulas contractuales de acuerdo al alcance del proyecto y propuesta presentada, se autorice la realización del pago, su valor, la realización de la amortización del anticipo (si aplica) y quede la constancia del cumplimiento y verificación del pago de la seguridad social integral. - Factura y/o cuenta de cobro del contratista aprobado por el supervisor de acuerdo a las obligaciones tributarias del contratista y a la naturaleza del objeto del contrato. -Planilla De Pago De La Seguridad Social Integral -Acta De Inicio Y/O Acta De Recibo Parcial Y/O Acta Final (Según Corresponda) PARÁGRAFO: La Secretaria de Hacienda del Municipio de Fonseca para efectos de adelantar el trámite de pago solo verificara que el supervisor designado haya cargado en la plataforma del Secop II el siguiente documento: - Certificado de recibo a satisfacción de acuerdo al formato dispuesto por la dirección de contratación.
PLAZO DEL CONTRATO /CONVENIO	CUATRO (04) MESES.
FECHA DE INICIO	VEINTICUATRO (24) DE ABRIL DE 2024
FECHA FINAL	VEINTITRÉS (23) DE AGOSTO DE 2024

SUPERVISIÓN	**NOMBRE**	MARIA JOSE BRITO MENDOZA
	FECHA DE DESIGNACIÓN DE LA SUPERVISIÓN	24 de abril de 2024

3. DATOS FINANCIEROS

CERTIFICADO(S) DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL – CDP

N°	P00138	**VALOR(ES)**	$6.400.000	**FECHA(S)**	02/04/2024

REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES) – RP

N°	00288	**VALOR(ES)**	$6.400.000	**FECHA(S)**	24/04/2024

4. RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS DE APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

TIPO DE APORTE	**PLANILLA N°**	**MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE**
INDEPENDIENTE/EMPRESA	78415824	JUNIO