Movilidad Futura	**GESTIÓN CONTRACTUAL.** **INFORME DE SUPERVISION - CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS**	**Código:F-10-GJ-CO-11** **Versión: 6** **Fecha: 04/10/2023**	Alcaldía de Popayán

DATOS GENERALES DEL CONTRATO:

OBJETO:

EL CONTRATISTA se obliga para con MOVILIDAD FUTURA SAS a prestar servicios apoyando la gestion del subproceso de Gestion Documental del sistema estrategico de transporte publico de pasajeros SETP de Popayan, de conformidad con los estudios previos elaborados por la entidad.

Nombre del Contratista:	DIANA MELISA RIASCOS ROMAN		
C.c. o Nit:	34.324.449	Res. Aprobación Póliza	N/A
Número del Contrato	143	Fecha de Inicio del Contrato	4 de julio de 2024
Valor del Contrato	$ 5.000.000	Fecha de Terminación	31 de agosto de 2024
Valor IVA (Asumido o Incluido)	$ 0	Número del CDP	334
Valor del Registro Ppal al Iniciar el Contrato	$ 5.000.000	Número del Registro	380
N° de la Adición		Fecha de Firma de la Adición	
Valor de la Adición		Fecha Final de Terminación del la adición del Contrato	
Valor Total del Contrato	$ 5.000.000	N° del CDP de la Adición	
Valor Registro Ppal de la Adición	$ 0	N°. Registro Ppal de la Adición	
Periodo a Certificar	04/07/2024 al 31/07/2024		
Con el objeto de proceder a la suscripción del	PRIMERA ACTA PARCIAL DE PAGO		

Se presenta el Informe de supervisión del contrato de la referencia, con fundamento en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993, art 83 de la ley 1474 de 2011 y teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

EJECUCIÓN DE CONTRATO

MES	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IVA (ASUMIDO O INCLUIDO)	% DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	MES	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IVA (ASUMIDO O INCLUIDO)	% DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
ENERO			0,00%	JULIO	$ 2.500.000		50,00%
FEBRERO			0,00%	AGOSTO			0,00%
MARZO			0,00%	SEPTIEMBRE			0,00%
ABRIL			0,00%	OCTUBRE			0,00%
MAYO			0,00%	NOVIEMBRE			0,00%
JUNIO			0,00%	DICIEMBRE			0,00%
Valor Ejecutado		$ 2.500.000	50,00%	Valor por Ejecutar:			$ 2.500.000

PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Valor Mensual Honorarios	$ 2.500.000	Ingreso Base Cotización (IBC)	$ 1.300.000

Valor Mínimo a Pagar		Valor Pagado por el Contratista			
		Concepto	Vlr Pagado	Diferencia	Planilla N°
Aportes Salud	$ 162.500	Aportes Salud	$ 237.500	-$ 75.000	JUNIO 4560983275
Aportes Pensión	$ 208.000	Aportes Pensión	$ 304.000	-$ 96.000	
Riesgos Laborales	$ 6.786	Riesgos Laborales	$ 10.000	-$ 3.214	

INFORME SUPERVISOR DEL CONTRATO

Conforme a lo establecido en el contrato, las normas vigentes y los valores correspondientes al mes de ejecución expresado en este documento y verificado el CUMPLIMIENTO DEL OBJETO del contrato, la ejecución de las ACTIVIDADES, el pago de los APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, entrega de INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES, así como la existencia de toda la DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL COMPLETA para proceder al pago de la presente acta. Informo que, he revisado la totalidad de actividades discriminadas en la correspondiente cláusula del contrato y he constatado que el contratista ha cumplido la totalidad de las mismas. De igual manera se verifico que el contratista no tiene pendiente por legalizar ningun gasto de viaje a la fecha del presente informe, Informacion constatada con el proceso de Gestion Financiera, así como también se verificó por parte del apoyo de la supervisión, la entrega de la documentación para cargar en la plataforma SIA OBSERVA y los soportes cargados en la plataforma SECOP II de la cuenta de cobro del mes anterior.

CUMPLIMIENTO Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN:

El Supervisor y/o interventor dando cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley de la ley 1474 de 2011 certifica que el contratista ha cumplido cabalmente con el objeto contractual desarrollando las actividades descritas en el informe, dentro del periodo establecido para el pago de la primera acta parcial, según cláusula cuarta literal a.), y cumpliendo con el pago al Sistema de Seguridad Social por lo que se autoriza el pago

Anexo:	Informe de actividades del contratista. Pago de seguridad social del mes de JUNIO DE 2024, el pago de seguridad esta al dia, Constancia de la entrega de productos.

PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO SE FIRMA :	**1/08/2024**
Nombre del Apoyo a la Supervisión:	Nombre del Supervisor:
Diana Zugeidy Urbano	RAUL IBARRA BERMUDEZ
FIRMA APOYO SUPERVISIÓN.	FIRMA DEL SUPERVISOR