INFORME DE SUPERVISIÓN - PERIODO SEPTIEMBRE

ELEMENTOS DE ORDEN ADMINISTRATIVO

OBJETO	"CONVENIO DE ASOCIACIÓN CON EL OBJETO DE AUNAR ESFUERZOS LOGÍSTICOS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y SOSTENIMIENTO DEL CENTRO DE BIENESTAR ADULTO MAYOR "ANCIANATO SAN JOSÉ" DEL MUNICIPIO DE CUMBITARA - NARIÑO"
EJECUTOR	**DEIBY HERNANDO ROSALES NARVAEZ**, mayor de edad y vecino del Municipio de Cumbitara (N), identificado con la cédula de ciudadanía No. 98.422.782, quien actúa en nombre y representación legal de la **"FUNDACION SAN JOSE DE CUMBITARA"**, con Nit No. 900148039-8
VALOR	OCHENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS MDA/CTE. ($ 88.287. 510.oo); y el valor a cofinanciar en bienes y servicios por la fundación, es de CUATRO MILLONES DE PESOS MDA/CTE. ($ 4.000. 000.oo), para un valor total de NOVENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS MDA/CTE. ($ 92.287.510.oo)
PLAZO DE EJECUCIÓN	Hasta Septiembre de 2024
FECHA DE INICIO	Mayo de 2024
ADICIONES EN TIEMPO Y/O EN VALOR	N/A
RETRASOS, INCONVENIENTES PRESENTADOS Y ASUNTOS PENDIENTES POR RESOLVER	N/A
SUPERVISOR	**JOSE LUIS MEJIA BURBANO**, Secretario de Gobierno

ELEMENTOS DE ORDEN TÉCNICO:

Las actividades ejecutadas con ocasión del servicio fueron las siguientes:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	ANEXOS
AUNAR ESFUERZOS LOGÍSTICOS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y SOSTENIMIENTO DEL CENTRO DE BIENESTAR ADULTO MAYOR "ANCIANATO SAN JOSÉ" DEL MUNICIPIO DE CUMBITARA - NARIÑO.	- CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES OBJETO DEL CONVENIO DE ASOCIACIÓN.	* Planilla aportes seguridad social. * Informes de actividades. * Cuenta de cobro.

ELEMENTOS DE ORDEN TÉCNICO Y JURÍDICO:

Las actividades ejecutadas con ocasión del servicio fueron las siguientes:

- Cumplimiento de las obligaciones, según especificaciones establecidas en el Convenio de Asociación.
- Se actuó con total autonomía técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones del servicio.
- No hubieron servicios deficientes.
- El supervisor, con la suscripción del presente informe, certifica que la Fundación cumplió con su obligación de acreditar los pagos al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales correspondientes, de conformidad con lo dispuesto en el ordenamiento legal vigente. (Si fuere el caso)
- Anexos: Planilla aportes en seguridad social e informe de actividades.

VALIDACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES

VERIFICACIÓN DE APORTES	SI	NO	VALOR	N° PLANILLA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL SALUD MES DE MAYO	X		**$ 513.000**	**78031923**
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL SALUD MES DE JUNIO	X		**$ 513.000**	**78709317**

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL SALUD MES DE JULIO	X		**$ 513.000**	**7883584**
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL SALUD MES DE AGOSTO	X		**$ 513.000**	**79435807**
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL SALUD MES DE SEPTIEMBRE	X		**$ 513.000**	**80383362**

ELEMENTOS DE ORDEN FINANCIERO Y CONTABLE:

Los aspectos de imputación presupuestal fueron los siguientes:

CONCEPTO	FECHA	RUBRO (S)	VALOR
CDP No. **2024000557**	07/05/2024	2.3.2.3.2.02.01.003.001.16.1.2.3.1.19.0000.41.4104.008.1 2.3.2.3.2.02.01.003.002.16.1.2.3.1.19.0000.41.4103.050.1 2.3.2.3.2.02.01.003.034.16.1.2.3.1.19.0000.41.4104.008.1	$ 88.287.510
REGISTRO PRESUPUESTAL No. **2024000539**	21/05/2024	2.3.2.3.2.02.01.003.001.16.1.2.3.1.19.0000.41.4104.008.1 2.3.2.3.2.02.01.003.002.16.1.2.3.1.19.0000.41.4103.050.1 2.3.2.3.2.02.01.003.034.16.1.2.3.1.19.0000.41.4104.008.1	$ 88.287.510

La ejecución de los recursos del servicio presenta la siguiente descripción:

BALANCE FINANCIERO CONVENIO FUNDACION SAN JOSE				
	Valores Junio	***Valores Julio***	***Valores Agosto***	***Valores Septiembre***
VALOR INICIAL	$ 88.287.510	$ 88.287.510	$ 88.287.510	$ 88.287.510
VALOR PAGADO POR ANTICIPO	$ 44.143.755	$ 44.143.755	$ 44.143.755	$ 44.143.755
SALDO CONTRATO, MENOS ANTICIPO	$44.143.755	$ 44.143.755	$ 44.143.755	$ 44.143.755
PAGO ACUMULADO	$ -	$ 22.071.878	$ 44.143.755	$ 66.215.633
VALOR A PAGAR DE LA PRESENTE CUENTA	$ 22.071.878	$ 22.071.878	$ 22.071.878	$ 22.071.878
NUEVO SALDO POR EJECUTAR	$ 66.215.633	$ 44.143.755	$ 22.071.877	$ -
VALOR MENSUAL CANCELADO A CONTRATISTA	$ 12.500.000	$ 12.500.000	$ 12.500.000	$ 6.643.755
AMORTIZACION MENSUAL	$ 9.571.878	$ 9.571.878	$ 9.571.878	$ 15.428.122
TOTAL AMORTIZACIONES ACUMULADO	$ 9.571.878	$ 9.571.878	$ 28.715.633	$ 44.143.755
SALDO PENDIENTE POR AMORTIZAR	$ 34.571.878	$ 25.000.000	$ 15.428.123	$ -
SALDO POR PAGAR DEL PRESENTE CONTRATO	$ 31.643.755	$ 19.143.755	$ 6.343.755	$ -

GARANTIAS

Garantía Única No.	Aseguradora:	Fecha de Expedición:	Fecha de aprobación:
N/A	N/A	N/A	N/A
AMPARO		**VIGENCIA**	**VALOR ASEGURADO**
N/A		N/A	N/A

Controversias, reclamaciones, acciones judiciales presentadas con ocasión del servicio.

DESCRIPCIÓN DE CONTROVERSIAS	FECHA	VALOR RECLAMO
N/A	N/A	$ 0,00

Observaciones

DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIONES AL SERVICIO
NINGUNA

Como supervisor de este servicio, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto.

Así mismo se deja constancia que la Asociación cumplió a cabalidad el objeto del servicio, que los soportes del proceso y ejecución se entregaron por parte de la Asociación y que estos cumplieron con las obligaciones exigidas en el Convenio de Asociación, los cuales fueron remitidos al expediente, por consiguiente, se le debe efectuar los pagos correspondientes por la prestación del servicio.

En constancia se expide en el Municipio de Cumbitara (N), el día 26 del mes de septiembre de dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

JOSE LUIS MEJIA BURBANO
Secretario de Gobierno

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	98422782	DEIBY HERNANDO ROSALES NARVAEZ	MANZANA 1 CASA 18 BARRIO LAS BRISAS	7215795	DEIBYROSALE@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		NARIÑO	PASTO		NO

DATOS DE LA PLÁNILLA						
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	
2024-09	2024-09	I	23/09/2024	80383352	$513.000	

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	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	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
230201	Proteccion (ING - Proteccion)	800229739-0	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	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										

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	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	513.000	513.000

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	98422782	DEIBY HERNANDO ROSALES NARVAEZ		MANZANA 1 CASA 18 BARRIO LAS BRISAS	7215795	DEIBYROSALE@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			NARIÑO	PASTO		NO

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	
2024-09	2024-09	I	23/09/2024	80383362	$513.000	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	IGE	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	98422782	ROSALES NARVAEZ DEIBY HERNANDO	3	0			N																	230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	225.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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