Alcaldía de Yumbo	FORMATO ACTA DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO:	GCT-FO-0031
		VERSIÓN:	00
		FECHA:	24/07/2024
PROCESO:	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		
SUBPROCESO:	N/A		
DOCUMENTO AL QUE PERTENECE:	MANUAL DE CONTRATACIÓN		
FORMATO:	ACTA DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		

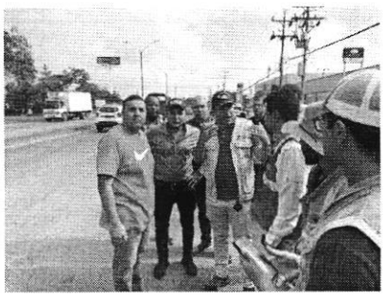
TRD: 104.10.07

1. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO:	104.10.07.115-2024
CONTRATISTA:	**ANDRES FELIPE ASTUDILLO BROCHERO**
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestación de servicios profesionales dentro proyecto implementación de los instrumentos planificación territorial en el municipio de Yumbo.
VALOR DEL CONTRATO:	CUARENTA MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($40.850.000)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	**31 de diciembre de 2024**
FECHA DE INICIO:	**22 de marzo 2024**
FECHA DE TERMINACION:	**31 de diciembre de 2024**
FORMA DE PAGO:	Un (1) pago parcial por valor de DOS MILLOI CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/ ($2.150.000) y nueve (09) pagos parciales por valc CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL PE M/CTE ($4.300.000) cada uno, los pagos se real con la presentación del acta de Supervisión Contrato en la que se indique que se ha c cumplimiento al objeto contractual y el pago d seguridad social. PARÁGRAFO I: Para la realiza de los pagos, el contratista deberá acreditar qu encuentra al día en el pago de aportes parafisc relativos al sistema de seguridad social integral, como los propios del Sena, ICBF y cajas compensación familiar, cuando corresponda, confc a la normativa vigente aplicable.
NOMBRE Y CARGO SUPERVISOR (ES) DEL CONTRATO:	**ADRIANA PATRICIA SUÁREZ SALAZAR** Profesional Especializado Departamento Administrativo de Planeación Informática
PERIODO DE SUPERVISIÓN:	**Septiembre**

2. SEGUIMIENTO TECNICO

Actividades Contratadas	Actividades Ejecutadas	Registro o Evidencia de la Actividad	Ubicación Física del registro o evidencia
A) Apoyo profesional en la conceptualización de proyectos de movilidad regional enfocados principalmente a tren de cercanías, tren de carga y tren turístico.	Durante este mes se focalizaron esfuerzos en las diferentes soluciones viales para la organización de la COP 16		

B) Apoyo profesional en los proyectos de infraestructura vial urbana y rural.	Recorrido para revisión de las diferentes vías y organización de las mismas de cara a la COP 16		Archivo personal informe
C) Apoyo Profesional en el seguimiento a proyectos estratégicos del sistema vial del municipio.	Recorrido estratégico con Secretaría de infraestructura departamental y la ANI (Agencia Nacional de Infraestructura) para la ruta de trabajo en las vías del Municipio con especial enfoque en los accesos en el marco de la cop 16		Archivo personal informe
OBSERVACIONES			

Cumplimiento de Actividades Contratadas y Objeto Contractual en el Periodo	SI	X	NO		Cumple Parcialmente	

3. SEGUIMIENTO CONTABLE, FINANCIERO Y JURIDICO

	No.	Cuenta / Apropiación	Fecha	Valor
CDP	20241666	04.11.1701.00.00.121000.40.4002.1400.2021 768920049.4002016.2.3.2.02.02.008.40.01	12 de marzo de 2024	$40.850.000
Registro Presupuestal	20241702	04.11.1701.00.00.121000.40.4002.1400.202 1768920049.4002016.2.3.2.02.02.008.40.01	22 de marzo de 2024	$40.850.000

Valor a Pagar en el Periodo	Valor Ejecutado a la Fecha	Valor por Ejecutar
$4.300.000	$27.950.000	$8.600.000

Prorroga / Adiciones al Contrato: Tiempo _____ Valor: _____ Actividades: _____
Diligenciar en caso de adiciones por valor

Pago de Seguridad Social

Base de Cotización	Valor pagado a			Total Pagado	Fecha de pago
	EPS	PENSIÓN	ARL		
	1.000.000	1.360.000	41.800	2.401.800	20/09/2024

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

¿Después del monitoreo por parte de la supervisión se han materializado riesgos?	SI	NO
		X

Si la respuesta fue NO.

Se ha realizado el monitoreo, 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 de la presente acta de acuerdo con las obligaciones específicas pactadas, las cuales han tenido satisfactorio cumplimiento a la fecha.

Si la respuesta fue SI.

Justifique: N/A

5. CERTIFICACIÓN:

5.1. Por parte del Supervisor:

Certificó el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones establecidas en el contrato por parte del contratista en desarrollo de las actividades descritas en el acta de supervisión correspondiente al mes de Octubre de 20(24) según lo pactado en el contrato en mención del año avante. Igualmente se anexa pago de la seguridad social.

5.2. Por parte del Contratista

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que me encuentro afiliado y a paz y salvo por todo concepto con el sistema de seguridad social integral así como con los aportes parafiscales a los que estoy obligado.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por el contratista y los que en ella supervisan a los treinta y un (31) días del mes de Octubre del año 20(24).

Firma Supervisor
Nombre: **ADRIANA PATRICIA SUÁREZ SALAZAR**
Cargo: Profesional Especializado
Dependencia: Departamento Administrativo de Planeación e Informática

Firma del Contratista
Nombre: **ANDRES FELIPE ASTUDILLO BROCHERO**
Documento Identidad: 94504763

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	94504763	ANDRES FELIPE ASTUDILLO BROCHERO	CRA 1D1 51 - 52	3185175867	andresfelipeastudillob@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	CALI		SI

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	20/09/2024	80330415	$2.401.800	

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					
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	1.000.000	0		0		0	0	0	0	1.000.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.280.000	0	0	40.000	40.000	0	0		1.360.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	41.800				41.800	0	0	41.800			418	41.800	1

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	1.000.000	1.000.000
Pensión	1	1.360.000	1.360.000
Riesgos Laborales	1	41.800	41.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.401.800	2.401.800

PAGADA

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	94504763	ANDRES FELIPE ASTUDILLO BROCHERO		CRA 1D1 51 - 52	3185175867	andresfelipeastudillob@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI		SI

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	20/09/2024	80330415	$2.401.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	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
1	CC	94504763	ASTUDILLO BROCHERO ANDRES FELIPE	59	0			N																	230301	8.000.000	1.280.000	0	0	40.000	40.000	EPS018	8.000.000	1.000.000	14-23	8.000.000	1	41.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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