

	GESTIÓN CONTRACTUAL		Código: FT-GC-003				
	INFORME DE SUPERVISIÓN-CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.		Versión: 02				
			Fecha: 01/02/2024				
DATOS GENERALES DEL CONTRATO:							
OBJETO:							
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ESPECIALISTA APOYANDO LA GESTIÓN CONTRACTUAL, LOS PROCESOS RELACIONADOS CON LAS PLATAFORMAS SIA OBSERVA Y SECOP II Y DEMÁS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DE LOS ASUNTOS PROPIOS QUE SE ADELANTEN EN LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN.							
Nombre del Contratista:		DANIELA ZAPATA MUÑOZ					
C.c. o Nit:		1.113.532.606	Res. Aprobación Póliza	N/A			
Número del Contrato		088-2024	Fecha de Inicio del Contrato	07 DE NOVIEMBRE DE 2024			
Valor del Contrato		\$ 10.000.000	Fecha de Terminación	30 DE DICIEMBRE DE 2024			
Valor IVA (Asumido o incluido)		\$ 0	Número del CDP	348 del 31/10/2024			
Valor del Registro Ppal al Iniciar el Contrato		\$ 7.600.000	Número del Registro	388 del 07/11/2024			
N° de la Adición		\$ 1	Fecha de Firma de la Adición	22/11/2024			
Valor de la Adición		\$ 2.400.000	Fecha Final de Terminación de la adición del Contrato	30 DE DICIEMBRE DE 2024			
Valor Total del Contrato		\$ 10.000.000	N° del CDP de la Adición	358 DEL 12/11/2024			
Valor Registro Ppal de la Adición		\$ 2.400.000	N°. Registro Ppal de la Adición	442 DEL 22/11/2024			
Periodo a Certificar		Desde el 07/11/2024 al 04/12/2024					
Con el objeto de proceder a la suscripción del		ACTA No. 001					
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:							
MES	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IVA (ASUMIDO O INCLUIDO)	% DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	MES	VALOR HONORARIO S O	VALOR IVA (ASUMIDO)	% DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
ENERO			0%	JULIO			0%
FEBRE			0%	AGOSTO			0%
MARZO			0%	SEPTIEMBRE			0%
ABRIL			0%	OCTUBRE			0%
MAYO			0%	NOVIEMBRE	\$ 5.000.000		50%
JUNIO			0%	DICIEMBRE			0%
Valor Ejecutado		\$ 5.000.000	50%	Valor por Ejecutar:		\$ 5.000.000	
PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL							
Valor Mensual Honorarios		\$ 5.000.000	Ingreso Base Cotización (IBC)		\$ 2.000.000		
Valor Mínimo a Pagar		Valor Pagado por el Contratista					
		Concepto	Vlr Pagado	Diferencia	Planilla N°		
Aportes Salud		\$ 250.000	Aportes Salud	\$ 460.000	\$ 210.000	7945670181/ 7951699841	
Aportes Pensión		\$ 320.000	Aportes Pensión	\$ 588.800	\$ 268.800		
Riesgos Laborales		\$ 10.440	Riesgos Laborales	\$ 19.300	\$ 8.860		
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 Administrativa, asi como tambien se verificó por parte de la supervisión y/o 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 a pagar.							
CUMPLIMIENTO Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN.							
El supervisor o interventor dando cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la ley 80 de 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 (1) acta parcial, aportando certificados de afiliación a la seguridad social.							
Anexo:	Informe de actividades del contratista.cerificados de afiliación de salud, pesión, arl y planilla de pago del mes de OCTUBRE DEL 2024 No.7945670181/ 7951699841						
PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO SE FIRMA :				09 DE NOVIEMBRE DE 2024			
Nombre del Apoyo a la Supervisión:				Nombre del Supervisor:			
N/A				LINA MARIA MUÑOZ REYES			
N/A							
FIRMA APOYO SUPERVISIÓN.				FIRMA DEL SUPERVISOR			