PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FT-OC-121
	INFORME DE SUPERVISION Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	VERSION: 01
		FECHA: 03/11/2015

DATOS DEL INFORME		
Fecha de presentación: **03/08/2020**	Nombre del Contratista: **MARIA CRISTINA MARIN SOLARTE**	No. Contrato: **CPSP No. 854 del 26/05/2020**
Periodo del informe:	Desde el **02/07/2020** hasta el **01/08/2020.**	
Objeto del contrato: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA PROFESIONAL CON EXPERIENCIA PARA APOYO EN EL SEGUIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 4505/2012 DE LAS ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA POBLACION PPNA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO VIGENCIA 2020 Y LOS PROCESOS DE LA DIMENSIÓN GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES – SALUD INFANTIL, EN LAS SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES, IPS PUBLICAS Y PRIVADAS EN EL ENTORNO INSTITUCIONAL, DENTRO DEL CURSO DE VIDA PRIMERA INFANCIA.**		
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA		
Nit ó C.C. número	**C.C 69.009.654 - Expedición 06 de Febrero de 2001 de Mocoa (Putumayo).**	
Dirección	**Calle 25 # 12-19 B/La Unión - Mocoa (P)**	
Teléfono	**3142856269**	
Clase, Tipo y Número de cuenta	Cuenta de Ahorros No.**598070688**	Banco: **BBVA**
Fecha de suscripción	**26/05/2020**	
Fecha de Iniciación	**02/06/2020**	
Fecha de Terminación	**01/12/2020**	
Plazo	**06 MESES**	
Valor Inicial	**$ 19.108.044**	

Prorrogas	Prorroga 1	Prorroga 2	Prorroga 3
Adiciones	Adición 1	Adición 2	Adición 3
Suspensiones: (fecha)	-	En días y/o Meses:	-
Terminación Anticipada:	-		
Reanudaciones: (fecha)	-		

AVANCE DEL CONTRATO	Financiero:	**$ 6.369.348**
	Tiempo de Ejecución:	**02 MES**
	Porcentaje de Ejecución:	**33.33%**
ESTADO FINANCIERO	Valor inicial:	**$ 19.108.044**
	Adiciones:	**$ 0**
	Valor Total del contrato:	**$ 19.108.044**
	Valor a pagar	**$ 3.184.674**
	Saldo del contrato	**$ 12.738.696**
	Anticipo	**$0**
VALOR DEL PAGO SOLICITADO (aplica para responsables IVA)	Factura No	-
	Fecha de la factura	-

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FT-OC-121
	INFORME DE SUPERVISION Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	VERSION: 01
		FECHA: 03/11/2015

	Periodo facturado		-
	Valor antes de IVA		**$ 0,00**
	IVA		**$ 0,00**
	Valor a pagar		**$ 0,00**
	Legaliza Anticipo		**$ 0,00**
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	**Póliza No:560-47-994000141319 Anexo 0** expedida el **27/05/2020** y **Anexo 1** expedida el **02/06/2020**	Aseguradora: **Aseguradora Solidaria de Colombia** Fecha de aprobación: **02/06/2020**	
	No. C.D.P: **1914**		Fecha: **07/05/2020**
	No. R.P: **2255**		Fecha: **28/05/2020**
	No. Liquidación estampillas: **144.913** Se efectuara la liquidación y pago de las estampillas correspondientes de Conformidad con la ordenanza Departamental No. 766 del 2018 y el Decreto Departamental 062 de 2018 y demás actos que modifiquen y/o reglamenten estas disposiciones.		Fecha: **24/06/2020**
	Aportes de Seguridad Social		
	No. de Planilla de Pensión: 9408834448	Entidad: **COLPENSIONES** Fecha: **2020/07/28** Valor: **$ 203.900**	
	No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 9408834448	Entidad: **POSITIVA** Fecha: **2020/07/28** Valor: **$ 31.100**	
	No de Planilla de Salud: 9408834448	Entidad: **MEDIMAS EPS** Fecha: **2020/07/28** Valor: **$ 159.300**	
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	El Supervisor hace constar que las actividades se cumplieron conforme a lo estipulado en el objeto y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió conforme a los requisitos de Ley con los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexa Comprobantes de pago.		
	Periodo a Pagar:	**Desde el 02/07/2020 hasta el 01/08/2020**	
	Valor a pagar (En letras):	**TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS MDA/CTE.**	
	Valor a pagar	**$ 3.184.674**	
DOCUMENTO SOPORTES	1. Copia de registro presupuestal. 2. Informe de actividades. 3. Pago de salud, pensión, ARL original. (firmado por el supervisor). 4. Certificado del historial de pago. (firmado por el supervisor). 5. Declaración juramentada. 6. Copia del Rut. 7. Informe de Supervisión. 8. Oficio de Publicación de informe supervisión periodo de octubre.		

SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

Supervisor: **SALUD INFANTIL**	
Nombre: **SANDRA JANETH RODRIGUEZ TORO**	
Cargo o contrato: **Profesional Universitario Salud Pública**	Firma: