FORMATO DE INFORMES DE INTERVENTORÍAS Y/O SUPERVISIONES

1. DATOS DEL CONTRATO	**INFORME No.**	**01**	
Contrato N°	SS-CD-2021-004		
Nombre del Supervisor	MAIELA BARRIOS VARGAS – SECRETARIA LOCAL DE SALUD (E)		
2. ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	Otro:	
Nombre del contratista	NICOLE ANDREA GORUT RODRIGUEZ		
Identificación del contratista	C.C. 1.140.841.107 expedida en Barranquilla – Atlántico.		
Objeto del contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SECRETARIA DE SALUD MEDIANTE LAS ACCIONES QUE EJECUTA EL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO.		
Plazo	CUATRO (04) MESES		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	062100195	Fecha del C.D.P (dd-MM-año)	25 DE FEBRERO 2021
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	092101327	Fecha del R.P (dd-MM-año)	12 DE MARZO 2021
Valor del contrato	Contrato Inicial: **$ 20.000.000.oo** Adición 1: Adición 2: Total: **$ 20.000.000.oo**		

3. GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia	
			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidad del servicio	N/A			
Cumplimiento	N/A.			
Anticipo	N/A			
Pago anticipado	N/A			
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	N/A			
Salarios y prestaciones	N/A			
Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A			

Escaneado co

4. EJECUCIÓN DEL CONTRATO			
Descripción			**Valor**
Valor del Contrato Inicial (IVA incluido)			**$ 20.000.000.oo**
Adición No. 1			
Valor Total del contrato			**$ 20.000.000.oo**
Porcentaje del Anticipo		%	$
Porcentaje del Pago anticipado		%	$
Valor Ejecutado del Contrato			**$ 5.000.000.oo**
Valor por ejecutar			**$ 15.000.000.oo**
Valor a pagar en el presente Informe			**$ 5.000.000.oo**
No. Factura o Cuenta de Cobro			01

5. ACREDITACIÓN PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE**
Salud	12.5%	$291.700	MARZO DE 2021
Pensión	16%	$373.400	MARZO DE 2021
ARL	0.522%	$12.200	MARZO DE 2021
6. CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES REPRESENTANTE LEGAL-REVISOR FISCAL (Persona Jurídica) **Fecha (dd-MM-yyyy):**			N/A

7. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO
Con el presente Informe certifico que los datos suministrados en este documento los he verificado personalmente, por lo que ratifico el cumplimiento del objeto contratado, como también dejo constancia que el pago de los impuestos y de la seguridad social corresponde a las normas vigentes, de igual manera adjunto el informe del contratista donde se detallan las actividades realizadas y el cumplimiento del objeto contractual, conforme a lo estipulado en el contrato.

8. PERIODO DE CERTIFICACIÓN	periodo comprendido desde el día 12 de marzo al 11 de abril de 2020

FIRMA DEL SUPERVISOR		**FIRMA DEL CONTRATISTA**	
Identificación:	MAIELA BARRIOS VARGAS		
Teléfono:	301 2949540		
Dirección:	Sede Granabastos, Kilometro 4, Avenida Murillo		
Fecha de Supervisión	12 de abril de 2021.		

Escaneado co