INFORME DE SUPERVISIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL CONTRATO

Por medio del presente documento y en mi calidad de supervisor designado para ejercer la coordinación, control y vigilancia del contrato de: prestación de servicios ( ), servicios profesionales ( ), suministro (X) obra ( ), presento informe parcial ( ) final (X) sobre la ejecución del contrato en los siguientes términos:

N° DEL CONTRATO	**086 DE 2021**								
FECHA DEL CONTRATO	**13/05/2021**								
OBJETO DEL CONTRATO:	**"SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO DEL CONSERVATORIO DEL TOLIMA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID-19"**								
VALOR	**30.221.000.00**								
CONTRATISTA	**SPAID SALUD IPS S.A.S**								
CC / NIT	**900.801.310-0**								
PLAZO DE EJECUCIÓN	**TRES (3) MESES**								
REPRESENTANTE LEGAL	**VALERIA ORTEGON RINCON**								
CC / NIT	**1.110.595.239 DE IBAGUE**								
FECHA DE INICIO	**01/07/2021**								
PRORROGAS (TIEMPO)	**SI**		**NO**	**X**	**PLAZO**				
ADICIONES (VALOR)	**SI**		**NO**	**X**	**VALOR**				
SUSPENSIONES	**SI**		**NO**	**X**	**FECHA**		**PLAZO**		
REINICIOS	**SI**		**NO**	**X**	**FECHA**				
FECHA DE FINALIZACIÓN	**30/09/2021**								

1.1 AVANCE EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del contrato de la referencia me permito informar que durante el 01 de Julio 2021 al 30 de Septiembre 2021 se han realizado/recibido las siguientes actividades:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA
1.se realiza el suministro de los siguientes elementos:

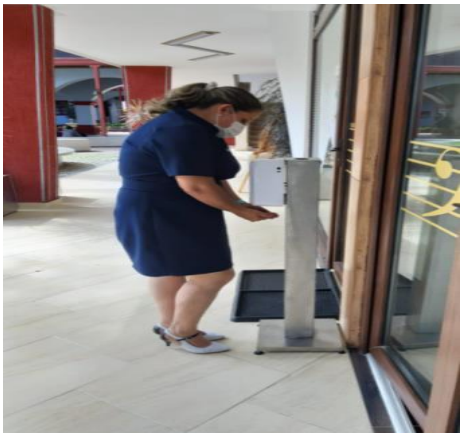
ITEM	DESCRIPCION	CANT.
1	Tapabocas triple capa con filtro sencillo, en tela y resorte color negro y blanco de excelentes acabados	200
2	Bata manga larga, blanca, Anti fluido alta calidad, con cremallera y pega pega protector, talla única	12

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA

3	Paquete Grande de Algodón 125 Gramos	3
4	Tapabocas convencional blancos quirúrgicos desechable capa triple pliegue caja por 100 unds	24
5	Tapabocas Mascarilla KN95	200
6	Cofia o Gorro * und	50
7	Guante Nitrilo azul y negro caja * 100unds XS, S, M, L .(12 por talla)	48
8	Termómetro Infrarrojo con sensor	2
9	Alcohol al 70% Botella x 750 Ml	200
10	Alcohol Etílico al 96% galón * 3600 ml	300
11	Gel antibacterial Galón * 3.785 cm3	200
12	Guante Quirúrgico Tallas XS, S, M, L .(12 por talla)	12
13	Alcohol Antiséptico Botella Plástica x 700 cc	50
14	Dispensador de gel con sensor	5

Evidencia fotográfica





OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA







1.2 CONTROLES EJERCIDOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Se realizó seguimiento continuo al desarrollo al cumplimiento de las obligaciones contractuales..

1.3 NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

A la fecha no se han presentado novedades en la ejecución del contrato

1.4 CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL POR PARTE DEL CONTRATISTA

Por ser persona jurídica, **SPAID SALUD IPS S.A.S**, emite soportes de certificación sobre el pago de aportes a los Sistemas de Seguridad Social, aportes parafiscales y obligaciones tributarias firmadas por **MARISOL VILLARRAGA CASTILLO**, soportado con certificación de la junta central de contadores, cedula y tarjeta profesional.

1.4.1. PERSONAS JURIDICAS CERTIFICACIÓN EMITIDA POR CONTADOR O REVISOR FISCAL	
Fecha certificación	29/10/2021
Nombre de Contador (a) o Revisor (a) Fiscal	MARISOL VILLARRAGA CASTILLO
No de cédula	52.121.224
No Tarjeta Profesional	209510-T
Fecha de certificado de junta central de contadores	03/08/2021

VERIFICACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL PERSONA NATURAL										
AFP:		**Porvenir**								
EPS:		**Sanitas**								
ARL:		**Sura**	**Nivel de Riesgo**	**I**	**x**	**II**		**V**		
Periodo pagado	**Ingreso base de cotización – IBC**	**Aporte a salud**	**Aporte a pensión**	**Aporte a ARL (solo aplica para Nivel Riesgo I y II)**						
Total:										

1.5 INFORME FINAL (solo aplica para el pago final)

Terminación anticipada	**SI**		**NO**	x
Cumplimiento del plazo contractual	**SI**	x	**NO**	
Requiere acta de terminación y liquidación	**SI**	x	**NO**	
¿El proveedor cumplió en forma oportuna de acuerdo con lo establecido en las cláusulas del contrato?	**SI**	x	**NO**	
¿Los bienes suministrados por el proveedor cumplieron con los requisitos de calidad establecidos en las especificaciones técnicas?	**SI**	x	**NO**	
¿El proveedor fue sancionado?	**SI**		**NO**	x
	N° de Resolución			
	Fecha			

BALANCE DEL CONTRATO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 30.221.000**
VALOR ANTICIPO (____%)	**$ 0**
VALOR TOTAL EJECUTADO	**$ 29.321.000**
VALOR PAGADO	**$ 0**
VALOR A CANCELAR (Amortizando el anticipo)	**$ 29.321.000**
SALDO POR LIBERAR	**$ 900.000**

De acuerdo al cumplimiento del objeto contractual, se califica al contratista de la siguiente manera:

PARAMETROS DE CALIFICACIÓN	**EXCELENTE**	**BUENO**	**DEFICIENTE**
Calidad		x	
Responsabilidad		x	
Cumplimiento		x	

1.6 VALOR A PAGAR A FAVOR DEL CONTRATISTA

PERIODO:	Entre 01 de Julio al 30 de Septiembre 2021
VALOR TOTAL:	29.321.000
VALOR AMORTIZADO:	0
VALOR A DESEMBOLSAR:	29.321.000 VEINTINUEVE MILLONES TRESCIENTOS VEINTIÚN MIL PESOS M/CTE

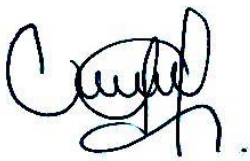
1.7 VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del contrato No. **086** certifico que el/la contratista **SPAID SALUD IPS S.A.S** Realizó sus actividades conforme a lo estipulado en el contrato, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas.

Así mismo se deja constancia que el contratista cumplió a cabalidad el objeto del contrato, que los soportes de las actividades desarrolladas se entregaron por parte del contratista en medio impreso o digital y que estas cumplieron con las calidades y cantidades exigidas en el contrato / convenio, los cuales fueron remitidos al expediente contractual.

Como supervisor de este contrato y/o convenio, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato / convenio, así como de los aportes al sistema de seguridad social.

Dada en Ibagué, a los veintinueve (29) días del mes de Octubre de 2021



CRISTHIAN JEFFERSON URIBE OSPNA
Técnico Administrativo-Almacén (E)
Supervisor (E)