FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA CONTRACTUAL

Concejo de Manizales

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que: ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ

ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos para el trámite del presente pago. Asimismo certifica que su contenido y condiciones han sido verificados previamente.

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] CC [X] CE [ ] TI [ ] NÚMERO: 1,053,817,478 DÍGITO DE VERIFICACIÓN:

CONTRATO N° CONCE 2022-017 INICIO DEL CONTRATO 28/01/2022 TERMINACIÓN DEL CONTRATO 30/06/2022

OTROSÍ SI ___ ___ VALOR DE LA ADICIÓN ___ PLAZO DE LA ADICIÓN ___

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 12,750,000
DESEMBOLSO N° 01 DE 06	
VALOR A PAGAR	$ 250,000
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$ 12,500,000.00

NOTA ACLARATORIA: EL ÁREA JURÍDICA VERIFICÓ EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS CONTRACTUALES, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y JURÍDICOS PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO

PERIODO DEL INFORME Y DE LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE AL PAGO: AÑO 2022 MES 1 DÍA 28 AL AÑO 2022 MES 1 DÍA 31

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHN FREDY RAMÍREZ OCHOA | CARGO: JEFE DE OFICINA DE PLANEACIÓN

OBJETO DEL CONTRATO: **Realizar acompañamiento y apoyo al concejo de Manizales en el cumplimiento del Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trbajo.**

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS
1)Garantizar la oportuna, eficaz y eficiente ejecucion del objeto contratado y responder por su calidad, sin perjuicio de la respetiva garantia. 2) Aceptar y aplicar los procedimientos administrativos. 3) El contratista sera responsable del pago de las prestaciones sociales y demas a que haya lugar y debe presentar certificaciones y/o recibos de pago, donde conste el cumplimiento de sus obligaciones frente alsistema de seguridad integral, de conformidad con el articulo 23 de la ley 1150 de 2007(pago a los sistemas de Seguridad Social en Salud, pensiones y ARP, suya y de su personal, asi como el pago de los aportes parafiscales a las Cajas de Compensacion Familiar, SENA, e Instituto de Bienestar Familiar, cuando a ello haya lugar, de conformidad con lo establecido en la Ley 789/02). 4) Presentar oportunamente factura o cuenta de cobro con todos sus soportes, para efectos de expedicion de certificacion por parte del supervisor del contrato, sobre su correcta ejecucion. 5) No acceder a peticiones o amenazas de quienes actuen por fuera de la ley con el fin de oblogarlo a hacer u omitir algun acto o hecho, informando inmediatamente al concejo y demas autoridades competentes cuando se presenten tales peticiones o amenazas. 6) Guardar absoluta reserva en relacion con toda informacion que maneje o que conozca con ocasion de las actividades propias de la prestacion del servicio. El contratista debera cuidar la informacion a la que tenga acceso evitando su destruccion destruccion o utilizacion indebida y 7) las demas que le sean asignadas por el supervisor del contrato o por el ordenador del gasto.	• Se llevó a cabo reunión con la ARL, con la finalidad de llevar acabo la programación para visita de inspección y evaluación de algunos elementos del Honorable Concejo de Manizales. • Se realizó la actualización de la Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.

FACTURA No. ___ CUENTA DE COBRO [X] N° 1 DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL? ___

ANTICIPO : SI [ ] NO [X] % [ ] VALOR $ ___

INFORMACIÓN DEL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

CONCEPTO	FECHA DE PAGO	No. PLANILLA DE PAGO	VALOR(ES) PAGADO(S)
EPS	DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]		
AFP Y FSP			
ARL			
TOTAL			

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y riesgos laborales deben estar calculados con base en el 40% del valor del contrato (sin incluir IVA): en este valor deben estar excluidos los intereses de mora.

DATOS DE CUENTA BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA: BANCOLOMBIA TIPO DE CUENTA: AHORROS [X] CORRIENTE [ ] N° DE LA CUENTA: 7063627814

2. ACEPTA Y AUTORIZA EL PRESENTE PAGO

El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pension, y riesgos laborales deben estar calculados con base en el 40% del valor del contrato (sin incluir iva); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora

FIRMA: ___
NIT / C.C.: 1600[illegible]321
NOMBRES: ___
SUPERVISOR

FIRMA: Ana María Gómez Muñoz
NIT / C.C.: 1053817478
NOMBRES: ANA MARÍA GÓMEZ MUÑOZ
CONTRATISTA

3. DOCUMENTOS ANEXOS QUE AMPARAN ÉSTA CERTIFICACIÓN

PRIMER O ÚNICO PAGO		OTROS PAGOS	
1. Factura, cuenta de cobro o documento equivalente	[ ]	1. Factura, cuenta de cobro o documento equivalente	[X]
2. Copia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP	[ ]	2. Causación (Contabilidad)	[ ]
3. Registro Presupuestal RP	[ ]	3. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador)	N/A
4. Causación (Contabilidad)	[ ]	4. Planilla de pago de Seguridad Social.	[ ]
5. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador)	[ ]	5. Informe técnico	[X]
6. Planilla de pago de Seguridad Social.	[ ]		
7. Informe técnico	[ ]		

OBSERVACIONES: