FORMATO INTERVENTORIA CONTRATOS Y/O CONVENIOS V2 - hoja 1

## 1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Marque con una X el tipo de documento:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Contrato** | **X** | **Convenio** | | **Reserva Pres. Nº:** | 767 | **Valor Total del Contrato** | $ 7.700.756 | | |
| **Número de Contrato:** | 374 | **Fecha del Contrato** | **3** AGOSTO | 2022 | | **Fecha del informe** | 30 | SEPTIEMBRE | 2022 |
| **OBJETO:** | Servicios profesionales como comunicador audiovisual para acompañar los diferentes procesos que se originan en la Oficina de Comunicaciones de la Alcaldía de Rionegro, como enlace y apoyo de las secretarías y subsecretarías. | | | | | | | | |
| **Contratista** | Isabela Ospina Sosa | | | | | | | | |
| **Persona Natural** | X | **Persona Jurídica** | | | | **Teléfono de contacto** | 3207808694 | | |
| **Documento de Identificación Nº** | 1036962431,00 | **Tipo de Doc.** | **Cédula** | x | **NIT** | | | | |

## 2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº de Registro Presupuestal (artículo 42 ley 80): | | | | | Fecha Registro Pres. | **3** | AGOSTO | 2022 |
| Requiere Pólizas de Garantías(*) | SI | | NO | **X** | Fecha Pólizas | | | |
| Fecha de inicio (Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio): | | | | | | **3** | AGOSTO | 2022 |
| Duración total del contrato (escriba cantidad de meses y días de requerirse: | | | | | Meses | 2 meses | | 28 días |
| Fecha de terminación del contrato: | | | | | | **30** | SEPTIEMBRE | 2022 |

### 2.1 PRORROGAS Y ADICIONES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Otro Si Nº | | Valor adic. | | Valor Total | | Tiempo adicionado | | |
| | | | | | | Nueva fecha de terminación del contrato: | | |

### 2.2 SUSPENCIONES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A la fecha del informe se ha presentado suspensión al Contrato. | | | | SI | | NO | |
| Nº Acta de suspensión | | Fecha de suspención | dd/mm/aa | Fecha de reinicio | | dd/mm/aa | |

### 2.3 CONTROL DE PAGOS POR CUOTAS

| NÚMERO CUOTA | NÚMERO DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO | RUBRO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR (CUOTA) | SALDO | FECHA DE REMISIÓN | Firma Interventor o Supervisor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 7 | 2.2.4.5.02.09.039 | $ 3.717.606 | $ 3.983.150 | 31/8/2022 | NOMBRE Y FIRMA |
| 2 | 8 | 2.2.4.5.02.09.039 | $ 3.983.150 | $ - | 30/9/2022 | NOMBRE Y FIRMA |
| 3 | | | | | | NOMBRE Y FIRMA |
| 4 | | | | | | NOMBRE Y FIRMA |
| 5 | | | | | | NOMBRE Y FIRMA |
| 6 | | | | | | NOMBRE Y FIRMA |
| **VALOR EJECUTADO A LA FECHA** | | | $ 7.700.756 | **PORCENTAJE EJECUTADO A LA FECHA** | | 100% |

FORMATO INTERVENTORIA CONTRATOS Y/O CONVENIOS V2 - hoja 2

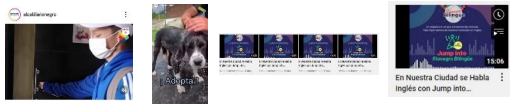
## 3. COMPONENTE ADMINISTRATIVO

| El interventor verifica el cumplimiento por parte del Contratista de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones, y cuando a ello haya lugar, riesgos profesionales, aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la ley 789 de 2002, art. 50. | SI | NO | Planilla Nº |
|---|---|---|---|
| | | | 9440461198 |

| Valor a cobrar en el periodo | $ 3.983.150 | Ingreso Base de Cotización (IBC) | $ 1.593.260 | Valor Aporte Salud | $ 199.200 | Valor Aporte Pensión | $ 255.000 | Valor Aporte ARL | $ 8.400 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 4. AVANCE DEL CONTRATO

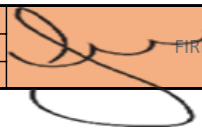
| Documento de id. Nº | 1036962431 | Fecha del informe | 30 | SEPTIEMBRE | 2022 | aje de Avance a l | 100,00% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Nº | Actividades desarrolladas a la fecha: | Descripción del Avance: |
|---|---|---|
| 1 | Videos solicitados a la oficina de comunicaciones |  |
| 2 | Grabación y edición Dame esas 5 por Rionegro |  |
| 3 | solo edición material audiovisual |   |
| 4 | Fotos solicitadas a la oficina de Comunicaciones |  |
| 5 | reels instagram |  |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |

| Problemas o hallazgos identificados que afectan la ejecución del Contrato | Acciones a implementar o implementadas para solucionar los problemas identificados |
|---|---|
| | |

## 5. ANEXOS AL FORMATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Informe de ejecución del Contrato | SI | x | NO | |
| 2 | Certificado de Paz y Salvo por pago de Seguridad Social, Riesgos Profesionales, Pensiones. | SI | x | NO | |
| 3 | Cuenta de cobro del periodo respectivo | SI | x | NO | |

| | | |
|---|---|---|
| Nombre supervisor: | FABIO RIOS URREA15 |  FIRMA DEL SUPERVISOR |
| Cédula Supervisor: | 15440957 | |
| Fecha de revisión: | 04/10/2022 | |