

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA CONTRACTUAL



1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que:

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

ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ CC ☒ CE ☐ TI ☐

NÚMERO: 1,053,817,478

DÍGITO DE VERIFICACIÓN:

CONTRATO N° CONCE 2022-035 INICIO DEL CONTRATO 03/08/2022 TERMINACIÓN DEL CONTRATO 16/12/2022
OTROS: SI VALOR DE LA ADICIÓN PLAZO DE LA ADICIÓN

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 10 DÍA 1 AL AÑO 2022 MES 10 DÍA 31

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 11,166,652
DESEMBOLSO N° 03 DE 05	
VALOR A PAGAR	\$ 2,333,324
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	\$ 4,166,680.00

NOMBRE DEL SUPERVISOR: CLAUDIA MARCELA GARCIA CHARRY

CARGO: SECRETARÍA GENERAL

OBJETO DEL CONTRATO:

Realizar acompañamiento y apoyo al concejo de Manizales en el cumplimiento del Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1) Garantizar la oportuna, eficaz y eficiente ejecución del objeto contratado y responder por su calidad, sin perjuicio de la respectiva garantía. 2) Aceptar y aplicar los procedimientos administrativos. 3) El contratista será responsable del pago de las prestaciones sociales y demás a que haya lugar y debe presentar certificaciones y/o recibos de pago, donde conste el cumplimiento de sus obligaciones frente al sistema de seguridad integral, de conformidad con el artículo 23 de la ley 1150 de 2007 (pago a los sistemas de Seguridad Social en Salud, pensiones y ARP, suya y de su personal, así como el pago de los aportes parafiscales a las Cajas de Compensación 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 expedición de certificación por parte del supervisor del contrato, sobre su correcta ejecución. 5) No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, informando inmediatamente al concejo y demás autoridades competentes cuando se presenten tales peticiones o amenazas. 6) Guardar absoluta reserva en relación con toda información que maneje o que conozca con ocasión de las actividades propias de la prestación del servicio. El contratista deberá cuidar la información a la que tenga acceso evitando su destrucción, destrucción o utilización indebida y 7) las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato o por el ordenador del gasto.

ACTIVIDADES REALIZADAS

-Se llevó a cabo la planeación y ejecución del Simulacro Nacional, con reuniones semanales, en compañía de la territorial de salud, SIAC, Policía de Antiexplosivos, tránsito, administración de Infirmas para la preparación en camillaje y en evacuación. -Se realizaron 2 capacitaciones con la brigada de ayuda mutua de Infirmas para la preparación en camillaje y en evacuación. -Se realizó la planeación del plan de trabajo para el mes de noviembre. -Se llevó a cabo la reunión del COPASST del mes de octubre. -- Se coordinó y brindó acompañamiento en la actividad de tamizajes cardiovasculares, realiza por el grupo EMI.

FACTURA No.

ANTICIPO: SI ☐ NO ☒ %

CUENTA DE COBRO ☒

N°

3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUAL?

VALOR \$

INFORMACIÓN DEL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
CONCEPTO	FECHA DE PAGO	No. PLANILLA DE PAGO	VALOR(ES) PAGADO(S)
EPS	DÍA ☐ 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 ☒

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, 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

FIRMA:

NIT / C.C.:

NOMBRES:

SUPERVISOR

FIRMA:

NIT / C.C.:

NOMBRES:

Ana Maria Gómez Muñoz

1053817478

ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ

CONTRATISTA

3. DOCUMENTOS ANEXOS QUE AMPARAN ÉSTA CERTIFICACIÓN

PRIMER O ÚNICO PAGO

- Factura, cuenta de cobro o documento equivalente ☐
- Copia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP ☐
- Registro Presupuestal RP ☐
- Causación (Contabilidad) ☐
- Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador) ☐
- Planilla de pago de Seguridad Social. ☐
- Informe técnico ☐

OBSERVACIONES:

OTROS PAGOS

- Factura, cuenta de cobro o documento equivalente ☒
- Causación (Contabilidad) ☐
- Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador) ☒
- Planilla de pago de Seguridad Social. ☐
- Informe técnico ☒