FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA CONTRACTUAL

Concejo de Manizales
La U sí vale la pena!

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 2023-006 INICIO DEL CONTRATO 19/01/2023 TERMINACIÓN DEL CONTRATO 15/06/2023

OTROSI SI [ ] [ ] VALOR DE LA ADICIÓN [ ] PLAZO DE LA ADICIÓN [ ]

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 13,965,000
DESEMBOLSO N° 01 DE 06	
VALOR A PAGAR	$ 1,140,000
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$ 12,825,000.00

NOTA ACLARATORIA: EL AREA JURIDICA 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 2023 MES 1 DÍA 19 AL AÑO 2023 MES 1 DÍA 31

NOMBRE DEL SUPERVISOR: CLAUDIA MARCELA GARCIA CHARRY	CARGO: SECRETARIA 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	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 la planeación del plan de trabajo para el mes de febrero. -Se elaboro el Plan del SG-SST vigencia 2023.R241

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: [signature] 30235984
NIT / C.C.: [ ]
NOMBRES: Claudia Marcela Garcia
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	X	1. Factura, cuenta de cobro o documento equivalente	[ ]
2. Copia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP	X	2. Causación (Contabilidad)	[ ]
3. Registro Presupuestal RP	X	3. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador)	[ ]
4. Causación (Contabilidad)	X	4. Planilla de pago de Seguridad Social.	[ ]
5. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador)	N/A	5. Informe técnico	[ ]
6. Planilla de pago de Seguridad Social.	X		
7. Informe técnico	X		

OBSERVACIONES: