FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA CONTRACTUAL

Concejo de Manizales
Juntos CONSTRUYENDO el presente

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, que la calidad, su contenido y condiciones han sido verificados previamente.

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

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

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

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 13,965,000
DESEMBOLSO N° 02 DE 06	
VALOR A PAGAR	$ 2,850,000
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$ 9,975,000.00

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

PERIODO DEL INFORME Y DE LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE AL PAGO. AÑO 2023 MES 2 DÍA 1 AL AÑO 2023 MES 2 DÍA 28

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, durante el periodo 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 ARL, 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 certificación 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 obligarlo 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 lleva a cabo la planeación del plan de trabajo para el mes de marzo. --Se elaboro la evaluación de estandares minimos en la plataforma Alissta. -Se actualizó la información general de la entidad en la plataforma de Akissta. - Se expuso en plan de trabajo del SG-SST del Concejo para la vigencia 2023. -Se coordinó con la ARL y la presidencia del Concejo reunion el dia 28 de febrero para fines relacionados con el apoyo en la ejecución del plan de trabajo .

FACTURA No. CUENTA DE COBRO [X] N° 2 DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL?

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

INFORMACIÓN DEL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

CONCEPTO	FECHA DE PAGO	N° 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]
NIT / C.C.: 1022759884
NOMBRES: Claudia Marcela
SUPERVISOR

FIRMA: [signature]
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: