# FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA CONTRACTUAL

Concejo de Manizales — Juntos CONSTRUYENDO el mañana

## 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 2023-066 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° 03 DE 05 | |
| VALOR A PAGAR | $ 2,850,000 |
| SALDO PENDIENTE POR PAGAR | $ 7,125,000.00 |

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 2023 MES 3 DÍA 1 AL AÑO 2023 MES 3 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 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 llevó a cabo la planeación del plan de trabajo para el mes de abril. --Se elaboró la encuesta para el diagnostico general de condicones de salud en la plataforma de Alissta. ---Se elaboró la encuesta para el diagnostico de perfil sociodemografico en la plataforma de Alissta. -Se llevó a cabo la charla sobre manejo de emociones en las instalaciones del concejo de manizales, para funcionarios y contratistas. . - Se coordinó y realizó la reunion con el COPASST y el Comité de Convivencia Laboral , con el fin de planaear acciones encaminadas a la solución de conflictos internos, clima laboral y seguridad y salud en el trabajo. |

FACTURA No. [ ] CUENTA DE COBRO [X] N° 3 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 | 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 [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.: 3 [illegible] NOMBRES: [illegible] 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: