FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA CONTRACTUAL

Concejo de Manizales — CONSTRUYENDO

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (segun 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: KT [ ] CC [X] CE [ ] TI [ ] NUMERO: 1 053 817 478 DÍGITO DE VERIFICACIÓN:

CONTRATO N°: CONCE 2023-036 INICIO DEL CONTRATO: 19/01/2023 TERMINACION 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° 05 DE 06		
VALOR A PAGAR	$	2.850.000
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$	1.425.000,00

NOTA ACLARATORIA. EL ÁREA JURIDICA 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 5 DIA 1 AL AÑO 2023 MES 5 DIA 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 ejecución del objeto contratado y responder por su calidad, sin perjuicio de la respetiva garantía 2) Aceptar y aplicar los procedimientos administrativos. 3) El contratista será 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 al sistema 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 estabecido 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 junio - Se coordinó y realizó la reunion con el COPASST y el Comité de Convivencia Laboral , con el fin de planaear acciones encaminadas al bienestar laboral -Se llevo a cabo la resolución por medio de la cual se dio apertura a la convocatoria para los miembros del COPASST. -Se realizó la planificacion de la semana de la salud mental la cual se llevará a cabo en el mes de junio, don se contará con actividades, harlas, talleres y demás, todos encaminados a la salud mental, manejo de emcones y humor

FACTURA Nº: _____ CUENTA DE COBRO [X] N° 5 DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUAL?: _____

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

INFORMACION DEL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

CONCEPTO	FECHA DE PAGO	No. PLANILLA DE PAGO	VALOR(ES) PAGADO(S)
EPS	DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]		
AFP o 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 [ ] Nº 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: _____
NIT / C.C.: 1053817478
NOMBRES: ANA MARÍA GÓMEZ MUÑOZ
CONTRATISTA

FIRMA: _____
NIT / C.C.:
NOMBRES:
SUPERVISOR

3. DOCUMENTOS ANEXOS QUE AMPARAN ÉSTA CERTIFICACIÓN

PRIMER O UNICO 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: