Concejo de Manizales

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA CONTRACTUAL

Código: F-07 CM-FIS
Versión: 01
Estado: Vigente
Fecha: 10/08/2021
PAGINA 1 DE 1

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que SPACIO DE VIDA S.A.S 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 IDENTIFICACION: NIT [X] CC [ ] CE [ ] TI [ ] NUMERO 901 144 867 DIGITO DE VERIFICACION 5

CONTRATO N° CONCE-2023-649 INICIO DEL CONTRATO 07/07/2023 TERMINACIÓN DEL CONTRATO 28/12/2023

OTROSÍ SI [ ] NO [X] VALOR DE LA ADICIÓN [ ] PLAZO DE LA ADICION [ ]

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 25.000.000
DESEMBOLSO N° 1 DE 1	
VALOR A PAGAR	$ 25.000.000
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$ -

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

PERIODO DEL INFORME Y DE LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE AL PAGO: AÑO 2023 MES 7 DIA 7 AL AÑO 2023 MES 11 DIA 27

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Claudia Marcela Garcia Charry CARGO: Secretaria de Despacho

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios logísticos para el desarrollo de foros enmarcados en el Plan de Acción de la vigencia 2023

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS
Las definidas en la CLAUSULA CUARTA, OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA.	Se adjunta informe de actividades desarrolladas duante el periodo de pago. Asi mismo, se informa que todas las actividades se llevaron a cabo cumpliendo los requisitos técnicos y de logistica en general solicitadas por la supervisión y por ello se da cabal cumplimiento a lo establecido en el contrato suscrito

FACTURA No. FELE362 CUENTA DE COBRO [ ] N° [ ] 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 10 MES 11 AÑO 2023	9458300131	$ 92.800
AFP Y FSP			$ 371.200
ARL			$ 12.200
TOTAL			$ 476.200

(*) 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: DAVIVIENDA TIPO DE CUENTA: AHORROS [X] CORRIENTE [ ] N° DE LA CUENTA 86700001711

2. ACEPTA Y AUTORIZA EL PRESENTE PAGO

Certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y como supervisor en desarrollo de las actividades descritas en el presente periodo.

FIRMA: [signature]
NIT / C.C.: 30.235.984
NOMBRES: CLAUDIA MARCELA GARCIA CHARRY
SUPERVISORA

FIRMA [signature]
NIT / C.C. 9.011.448.675
NOMBRES SPACIO DE VIDA S.A.S
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	N/A
2. Copia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP	X	2. Causación (Contabilidad)	N/A
3. Registro Presupuestal RP	X	3. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador)	N/A
4. Causación (Contabilidad)	N/A	4. Planilla de pago de Seguridad Social.	N/A
5. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador)	N/A	5. Informe técnico	N/A
6. Planilla de pago de Seguridad Social.	X		
7. Informe técnico	N/A		

OBSERVACIONES:

Concejo de Manizales

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA CONTRACTUAL

Código: F-07 CM-FIS
Versión: 01
Estado: Vigente
Fecha: 10/08/2021
PÁGINA 1 DE 1

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que: SPACIO DE VIDA S A.S

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 [X] CC [ ] CE [ ] TI [ ] NUMERO: 901.144.867 DIGITO DE VERIFICACIÓN: 5

CONTRATO N° CONCE-2023-049 INICIO DEL CONTRATO 07/07/2023 TERMINACIÓN DEL CONTRATO 28/12/2023

OTROSÍ SI [ ] NO [X] VALOR DE LA ADICIÓN [ ] PLAZO DE LA ADICIÓN [ ]

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 25.000.000
DESEMBOLSO N° 1 DE 1	
VALOR A PAGAR	$ 25.000.000
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$ -

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 7 DÍA 7 AL AÑO 2023 MES 11 DÍA 27

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Claudia Marcela García Charry | CARGO: Secretaria de Despacho

OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios logísticos para el desarrollo de foros enmarcados en el Plan de Acción de la vigencia 2023.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS
Las definidas en la CLAUSULA CUARTA, OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA.	Se adjunta informe de actividades desarrolladas duante el periodo de pago. Así mismo, se informa que todas las actividades se llevaron a cabo cumpliendo los requisitos técnicos y de logística en general solicitadas por la supervisión y por ello se da cabal cumplimiento a lo establecido en el contrato suscrito

FACTURA No. FELE362 CUENTA DE COBRO [ ] N° [ ] 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 10 MES 11 AÑO 2023	9458300131	$ 92.800
AFP Y FSP			$ 371.200
ARL			$ 12.200
TOTAL			$ 476.200

(*) 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: DAVIVIENDA TIPO DE CUENTA: AHORROS [X] CORRIENTE [ ] Nº DE LA CUENTA: 86700001711

2. ACEPTA Y AUTORIZA EL PRESENTE PAGO

Certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y como supervisor en desarrollo de las actividades descritas en el presente periodo.

FIRMA:
NIT / C.C.: 30.235.984
NOMBRES: CLAUDIA MARCELA GARCÍA CHARRY
SUPERVISORA

FIRMA:
NIT / C.C.: 9.011.448.675
NOMBRES: SPACIO DE VIDA S.A.S
CONTRATISTA

3. DOCUMENTOS ANEXOS QUE AMPARAN ESTA CERTIFICACIÓN

PRIMER O ÚNICO PAGO		OTROS PAGOS	
1. Factura, cuenta de cobro o documento equivalente	X	1. Factura, cuenta de cobro o documento equivalente	N/A
2. Copia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP	X	2. Causación (Contabilidad)	N/A
3. Registro Presupuestal RP	X	3. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador)	N/A
4. Causación (Contabilidad)	N/A	4. Planilla de pago de Seguridad Social.	N/A
5. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador)	N/A	5. Informe técnico	N/A
6. Planilla de pago de Seguridad Social.	X		
7. Informe técnico	N/A		

OBSERVACIONES: