FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA CONTRACTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que: ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ

ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos para el tramite 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 VERIFICACION: [ ]

CONTRATO N° CONCE-2024-004 CO1.PCCNTR.5789211 INICIO DEL CONTRATO 23/01/2024 TERMINACIÓN DEL CONTRATO 22/04/2024

OTROSÍ SI VALOR DE LA ADICIÓN PLAZO DE LA ADICIÓN

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 10.500.000
DESEMBOLSO N° 4 DE 04	
VALOR A PAGAR	$ 2.566.667,00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$ -

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

PERIODO DEL INFORME Y DE LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE AL PAGO: AÑO 2024 MES 4 DIA 1 AL AÑO 2024 MES 4 DIA 22

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.	-REUNIÓN COPASST: Se realizó reunión mensual del COPASST, en la cual se coordinaron actividades para realizar en la semana de la salud mental. -REUNIÓN ARLEn la cual se evaluó el plan de trabajo ejecutado y se programaron actividades para realizar en la semana de la salud mental. -REUNIÓN TERRITORIAL DE SALUD En la cual se coordinaron las actividades a realizar en el dia del sg-sst, que se llevara a cabo el 23 de abril. - REUNIÓN CON LA SECRETARIA DE DEPORTESe llevó a cabo reunion con funcionario de la secretaria de Deporte de Caldas con el fin de programar actividades relacionadas con el deporte como factor determinante para mejorar la salud mental y actividades deportivas, para llevar a cabo semana de la salud mental. -Se asistio al taller de 8 horas brindado por la RL Positiva, sobre Entrenamiento Ludico.Se asistio al taller, el cual fue certificado como: Entrenador Ludico, de la ARL Positiva, el dia 15 de abril.

FACTURA No. CUENTA DE COBRO [x] N° [4] DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUAL?

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 19 MES 4 AÑO 2024	29323105	$ 450.000,00
AFP Y FSP			$ 576.000,00
ARL			$ 18.800,00
TOTAL			$ 1.044.800,00

(*) 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:
NIT / C.C.: 30235980
NOMBRES: CLAUDIA MARCELA GARCÍA CHARRY
SUPERVISOR

FIRMA
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.	[X]
5. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador)	[ ]	5. Informe técnico	[X]
6. Planilla de pago de Seguridad Social.	[ ]		
7. Informe técnico	[ ]		

OBSERVACIONES:

Informe correspondiente al último pago del contrato, el cual se ejecutó del 1 al 22 de abril de 2024.