FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA CONTRACTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que: ANA MARIA GOMEZ 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 [ ] NUMERO: 1.053.817.478 DIGITO DE VERIFICACION:

CONTRATO N° CO1.PCCNTR.6241825 CONCE-2024-014 INICIO DEL CONTRATO 23/04/2024 TERMINACIÓN DEL CONTRATO 22/07/2024

OTROSI SI VALOR DE LA ADICIÓN PLAZO DE LA ADICIÓN

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 10.500.000
DESEMBOLSO N° 1 DE 03	
VALOR A PAGAR	$ 933.333,00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$ 9.566.667,00

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 2024 MES 4 DIA 23 ... AÑO 2024 MES 4 DIA 30

933

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 obiogarlo 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.	-SEMANA DE LA SALUD MENTALSe llevó a cabo la semana de la salud mental. del 22 al 26 de abril de 2024 donde se incluyeron actividades de motivación personal y laboral. integración de equipos de trabajo. actividad fisica, estilos de vida saludables, comunicación asertiva y manejo de emociones. -DIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJOS e llevo a cabo el dia 23 de abril de 2024, en el cual se tuvieron actividades de salud integral, salud mental. estilos de vida saludables, emergencias, seguridad vial, ambiental, biomecánica, visual, bienestar, simuladores de educación inmersiva en realidad virtual 3D. -CAPACITACIÓN RUTA NARANJA- ARL POSITIVASe llevó a cabo el dia 25 de abril de 2024, en la cual se estudiaron temas del ciclo PHVA. enfocado en el actuar R251

FACTURA No. CUENTA DE COBRO [x] N° [1] 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, 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.

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:		FIRMA	Ana María Gómez Muñoz
NIT / C.C.:	30235984	NIT / C.C.:	1053817478
NOMBRES:	CLAUDIA MARCELA GARCIA CHARRY	NOMBRES	ANA MARIA GOMEZ MUÑOZ
	SUPERVISOR		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: