INFORME MENSUAL	X

INFORME FINAL	

GRADO DE RESPONSABILIDAD					
Mediante la suscripción de la presente acta, el supervisor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida:					
FECHA:	02	**de**	Septiembre	**de**	2024

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO				
CONTRATO	**NUMERO:**	**CMT-CD-008-2024**	**FECHA:**	**06/05/2024**
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DOCUMENTAL, GESTIÓN DE ARCHIVO E INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN DEL CONCEJO MUNICIPAL DE TIBASOSA VIGENCIA 2024.			
VALOR TOTAL:	$ 15.733.316	**Plazo de Ejecución:**	7 meses y 26 días	
No. De CDP(s) y Fecha	DIS-202400028 (06/05/2024)	**No. Fuente**	1.2.1.0.00	
		No. De RP y Fecha	RES-202400068 (06/05/2024)	
NOMBRE SUPERVISOR	JUAN CARLOS REYES PULIDO	**Correo Electrónico Contratista**	andreitasan459@gmail.com	
FECHA INICIACIÓN:	06/05/2024	**Fecha Terminación:**	31/12/2024	

INFORMACIÓN BASICA DEL CONTRATISTA			
CONTRATISTA	JOHANA ANDREA SANTOS VELANDIA	**No. Identificación**	1.055.314.678 de Tibasosa
PERIODO PRESENTE PAGO:	01/08/2024 al 31/08/2024	**No. Factura:**	N/A
		No. Cta. De Cobro:	**04** DE 02/09/2024
No. PLANILLA SEGURIDAD S.	4562738596	**Mes:**	AGOSTO

DESCRIBIR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS FRENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

ASPECTOS TECNICOS:

Con el presente informe el grado de avance que se alcanza es del 49,1% del Contrato de Prestación de Servicios.

En el desarrollo del contrato se cumplió de acuerdo al desarrollo del Objeto del contrato **CMT-CD-08-2024**.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

Las obligaciones se han cumplido de acuerdo a lo establecido en el contrato, a la fecha no se ha presentado ninguna situación que altere o modifique la situación contractual.

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	
Cumplimiento de obligaciones pago de seguridad social y riesgos laborales	
Como Supervisor CERTIFICO que el Contratista de conformidad con la normatividad vigente dio cumplimiento al pago al Sistema de Seguridad Social Integral y riesgos laborales los cuales fueron acreditados ante el supervisor.	*Sí se cumplió*
Administradora de Riesgos Laborales – ARL	
Como Supervisor CERTIFICO que el Contratista permaneció afiliado al Sistema de Riesgos Laborales	*Sí se cumplió*

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	
Como Supervisor CERTIFICO que el Contratista cumplió con la política del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) de la entidad, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y todos sus servidores públicos y contratistas, así como adoptar las disposiciones legales e internas para el cumplimiento del (SG-SST).	*Si se cumplió*

CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:

Ha cumplido durante el presente periodo, con el objeto, obligaciones y compromisos establecidos en el acto contractual en mención, pago los aportes de seguridad social y con los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo. (Ver Anexo: Informe detallado de ejecución de actividades y cuenta de cobro) Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

OBSERVACIONES, RECOMENDACIONES Y/ O SUGERENCIAS

DOCUMENTOS ANEXOS: Anexa soportes de Seguridad Social.

JUAN CARLOS REYES PULIDO
Presidente Concejo
SUPERVISOR

Elaboro: Asesora Jurídica M.J.B.C
Reviso - Aprobó: Presidente Concejo J.C.R.P