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:	01	de	Noviembre	de	2024
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
CONTRATO	**NUMERO:**	**CMT-CD-02-2024**	**FECHA:**	**22/01/2024**	
OBJETO DEL CONTRATO	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE PARA CON EL CONCEJO MUNICIPAL A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES BRINDANDO ASESORÍA DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN, MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL CONCEJO MUNICIPAL DE TIBASOSA DURANTE LA VIGENCIA 2024.				
VALOR TOTAL:	$18.000.000,00	**Plazo de Ejecución:**	ONCE (11) MESES DIEZ (10) DIAS		
No. De CDP(s) y Fecha	DIS-20240003 (16/01/2024)	**No. Fuente**	1.2.1.0.0.0		
		No. De RP y Fecha	202400002 de fecha 22 de enero de 2024		
NOMBRE SUPERVISOR	JUAN CARLOS REYES PULIDO	**Correo Electrónico Contratista**	Mile202001@hotmail.com		
FECHA INICIACIÓN:	06/05/2024	**Fecha Terminación:**	27/12/2024		
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA					
CONTRATISTA	DORIS MILENA MESA DIAZ	**No. Identificación**	46.380.300 de Sogamoso		
PERIODO PRESENTE PAGO:	01/10/2024 al 31/10/2024	**No. Factura:**	N/A		
		No. Cta. De Cobro:	07 del 01/11/2024		
No. PLANILLA SEGURIDAD S.	9473745994	**Mes:**	OCTUBRE		

DESCRIBIR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS FRENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

ASPECTOS TECNICOS:

Con el presente informe el grado de avance que se alcanza es del 88.56% del contrato de prestación de servicios.

En el desarrollo del contrato se cumplió de acuerdo al desarrollo del objeto del contrato **CMT-CD-02-2024**.

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.	*Si se cumplió*
Administradora de Riesgos Laborales – ARL	
Como supervisor CERTIFICO que el contratista permaneció afiliado al Sistema de Riesgos Laborales	*Si 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 período, 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