| AMC. Área Metropolitana de Cúcuta. | ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | PA-02-P1-F8 |
|---|---|---|
| | FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO | VERSION 02 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dependencia: | ordenamiento territorial e infraestructura del | | | Número de pago/ Total de pagos: | 7/8 | Fecha de entrega | 10/12/2024 | | |
| Banco | BANCOLOMBIA | Cuenta | 86351283761 | Tipo | Ahorros | Periodo a Cobrar | 20 noviembre 24-10 Diciembre 24 | | |
| Nombre del contratista | EVELIN YAZARY REY COBOS | | | | | Cedula/NIT | 1.092.156.734 | DV | |

## INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

| Marque con "X" | | Número Contrato | 105-2024 | Fecha de suscripción | 17 de Mayo 2024 | Fecha de Inicio | 20-may-24 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Fecha de terminación: | 30-dic-24 | | |
| OPS | X | CDP No. | 209 | Fecha de DCP | 15-may-24 | Duración: | 8 meses | | |
| | | | | | | Adicional? SI | X | NO | |
| Contrato | | Registro presupuestal No.: | 205 | Fecha de RP | 20-may-24 | CDP No. | 397 | Fecha | 18-nov-24 |
| | | | | | | CRP No. | 395 | Fecha | 18-nov-24 |
| Resolución | | Supervisor | Maria Alejandra Valero Ramirez | | | Cargo del supervisor | Subdirectora de planeacion, ordenamiento territorial e | | |
| Factura | | No. Rubro | 2.1.2.02.02.008.01 | Nombre del Rubro | Honorarios | | | | |
| Convenio | | Objeto del Contrato | Pestacion de servicios profesionales como trabajadora social en apoyo a la gestion de subordinacion de planeacion, ordenamiento territorial e infraestructura del Area Metropolitana de Cucuta. | | | | | | |

## ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"

| | | | |
|---|---|---|---|
| Persona Natural: | x | Persona Jurídica: | |
| Gran Contribuyente: | | Autoretenedor: | |
| IVA Régimen Común: | | Entidad sin ánimo de lucro | |
| Actividad IICA- Código CIIU: | | Tarifa: | |

## INFORMACIÓN FINANCIERA

| | |
|---|---|
| Valor Inicial del contrato: | 18.000.000 |
| Ajuste Modificatoria 001 | |
| Adición No.1 | 4.100.000 |
| Valor Total del contrato: | 22.100.000 |
| Valor pagado: | 18.000.000 |
| Valor a pagar en el periodo: | 3.000.000 |
| Saldo: | 1.100.000 |
| % de avance | 95,0% |

## APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo Pagado Salud | noviembre | | | | |
| Periodo Pagado Pensión | noviembre | | | Base de pago de aportes | |
| No de Planilla | 7947829798 | | | | |
| Fecha de pago | 10-dic-24 | | | 1.300.000 | |
| Valor pagado Salud | 162.700 | | | | |
| Valor pagado Pensión | 208.200 | | | Pensionado | |
| Valor pagado Riesgos | 6.900 | | | SI | NO |
| Total Aportes del periodo | 377.800 | | | | x |

## ASPECTOS TECNICOS

| Actividades desarrolladas por el Contratista | Evidencia que aporta el contratista |
|---|---|
| Revision de los infromes mensuales de las distintas obras en ejecucion presentadas por parte de intervetoria de obra al AMC. |   |
| Asistencia a las pausas activas realizadas por la profesional de SST como requisito del programa para el bienestar de todos los trabajadores del AMC. | |
| Asistencia a la capacitacion "politica de proteccion de datos personales" |   |
| Asistencia a la capacitacion "plan estrategico de seguridad vial (PESV)" en cumplimiento al ciclo de capacitaciones propuestas para el periodo. | |
| socializacion y verificacion del PDM para correciones y finalizacion de este. |  |
| Participacion en la encuesta programada sobre el diagnostico plan de capacitacion y plan de bienestar para el año 2025. | |

Certifico que las actividades anteriormente mensionadas se ejecutaron conforme a lo establecido en el contrato y fueron revisadas, cuyas evidencias se registran en el informe de actividades y/o soportes, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud, pensión y ARL conforme a las normas vigentes, presentado cuenta de cobro o factura y los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, igualmente certifico que el contratista presento informe y/o evidencias de cumplimiento según las obligaciones pactadas, por lo tanto se autoriza el pago del periodo cobrado.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Maria Alejandra Valero Ramirez
Identificación: 1090456633

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES DE SST

SI [x] NO [ ]

Anexos:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Copia de aportes a seguridad social | SI | X | NO | |
| Evidencias Fisicas | SI | | NO | X |
| Evidencias digitales | SI | X | NO | |
| Cuenta de cobro o Factura | SI | X | NO | |
| Lugar consulta de las evidencias | | | | |