INFORME DE SUPERVISION UNICO

NUMERO DE CONTRATO	059-2024
FECHA DEL CONTRATO	08-02-2024
MODALIDAD DEL CONTRATO	ARRENDAMIENTO ☐ COMPRAVENTA ☐ SUMINISTRO ☐ CPS ☐
SUPERVISOR	**LINA BETTY QUIROGA NAVAS**
CARGO SUPERVISOR	DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO
SUPERVISOR DE APOYO	N/A
CARGO SUPERVISOR DE APOYO	N/A
CONTRATISTA	CERTISALUD S.A.S.
NIT N.	900.547.235-7
R/L	R/L DIANA MARIA CARVAJAL TORO
C.C. No.	32.276.955 DE FRONTINO - ANTIOQUIA
REGIMEN	**COMUN** X **NO RESPONSABLE DE IVA**
OBJETO	***"CONTRATAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS ESPECIALIZADOS PARA LA PRÁCTICA Y REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES BATERÍA DE RIESGO PSICOSOCIAL Y CURSOS DE ALTURAS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA EL PERSONAL DE LA EMPRESA PIEDECUESTANA DE SERVICIOS PÚBLICOS".***

VALOR INICIAL DEL CONTRATO			$62.400.000,00
CDP	24A00078	VALOR	$28.080.000,00
CDP	24L00079	VALOR	$23.712.000,00
CDP	24S00045	VALOR	$10.608.000,00
RP	24A00216	VALOR	$28.080.000,00
RP	24L00227	VALOR	$23.712.000,00
RP	24S00145	VALOR	$10.608.000,00
VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO			$9.360.000,00
N° CDP ADICIONAL	24A01009	VALOR CDP ADIC.	$9.360.000,00
N° RP ADICIONAL	24A01434	VALOR RP ADIC.	$9.360.000,00
RUBRO PRESUPUESTAL			2.1.2.02.02.009.003.01
VALOR TOTAL DEL CONTRATO			$71.760.000,00
VALOR MENSUAL			N/A
ANTICIPO Y/O PAGO ANTICIPADO (____ %)			N/A

PASTOAA

www.piedecuestanaesp.gov.co

(037) 655 0058 Ext. 109
servicioalcliente@piedecuestanaesp.gov.co
@Piedecuestana_ @PiedecuestanaESP Piedecuestana_ESP

Atención:
Lunes a Viernes
7:30 am a 11:30 am
1:30 pm a 5:30 pm
Cra 8 # 12-28 Barrio la Candelaria
Sede Administrativa

PLAZO INICIAL					DIEZ (10) MESES Y VEINTE (20) DIAS				
PLAZO ADICIONAL					N/A				
PLAZO TOTAL					N/A				
FECHA ACTA DE INICIO					12-02-2024				
FECHA DE TERMINACION PROYECTADA EN EL CONTRATO					16-12-2024				
ACTA DE SUSPENSION	N°	dd/mm/aaaa	N°	dd/mm/aaaa	N°	dd/mm/aaaa	N°	dd/mm/aaaa	
ACTA DE REINICIO	N°	dd/mm/aaaa	N°	dd/mm/aaaa	N°	dd/mm/aaaa	N°	dd/mm/aaaa	
*Incluir las fechas de Suspensión y Reinicio (Novedades)									
FECHA DE TERMINACION CON NOVEDAD					N/A				
PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME					DESDE: 12-02-2024 HASTA: 17-12-2024				
OFICINA GESTORA					**DIRECCION ADMINISTRTIVA Y DE TALENTO HUMANO**				
VALOR A PAGAR					$ 70.722.000,00				
NUMERO DE PAGOS REALIZADOS					-				

Con base en los informes presentados por **CERTISALUD S.A.S,** respecto a las actividades ejecutadas dentro del periodo comprendido entre el **12-02-2024 al 17-12-2024** y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte de la Empresa Piedecuestana de Servicios Públicos ESP, tomando como base la presente acta de supervisión y autorización del pago UNICO por valor de SETENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS **M/CTE ($ 70.722.000,00).**

CERTIFICO QUE:

De acuerdo con las condiciones establecidas en el presente contrato y una vez revisada la documentación suministrada por el contratista con relación al desarrollo y ejecución del mismo, las actividades representativas realizadas durante la ejecución fueron:

ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA
"CONTRATAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS ESPECIALIZADOS PARA LA PRÁCTICA Y REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES BATERÍA DE RIESGO PSICOSOCIAL Y CURSOS DE ALTURAS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA EL PERSONAL DE LA EMPRESA PIEDECUESTANA DE SERVICIOS PÚBLICOS".	El contratista presenta relación de las órdenes de servicios solicitadas por SST de la empresa Piedecuestana.

COPIA

Así mismo se deja constancia de los siguientes pagos realizados por el contratista al Sistema de Seguridad Social:

APORTE A SALUD	Periodo de Cotización	FEBRERO A DICIEMBRE
	Fecha de pago	SE ANEXA PLANILLA
	NO de Planilla	SE ANEXA PLANILLA
	Ingreso Base de Cotización	SE ANEXA PLANILLA
	Valor cotizado	SE ANEXA PLANILLA
	EPS	SE ANEXA PLANILLA
APORTE A PENSIÓN	Periodo de Cotización	FEBRERO A DICIEMBRE
	Fecha de pago	SE ANEXA PLANILLA
	NO de Planilla	SE ANEXA PLANILLA
	Ingreso Base de Cotización	SE ANEXA PLANILLA
	Valor cotizado	SE ANEXA PLANILLA
	Fondo de Pensiones	SE ANEXA PLANILLA
APORTE A.R. L	Periodo de Cotización	FEBRERO A DICIEMBRE
	Fecha de pago	SE ANEXA PLANILLA
	NO de Planilla	SE ANEXA PLANILLA
	Ingreso Base de Cotización	SE ANEXA PLANILLA
	Valor cotizado	SE ANEXA PLANILLA
	A.R. L	SE ANEXA PLANILLA
PARAFISCALES	SENA	SE ANEXA PLANILLA
	I.C.B. F	SE ANEXA PLANILLA
	CAJA DE COMPENSACIÓN	SE ANEXA PLANILLA

Que esta Supervisión verificó el cumplimiento de las obligaciones de Seguridad Social, de lo cual reposa copia en la carpeta, de los pagos correspondientes a Salud y Pensión y ARL

Por lo anterior, el suscrito supervisor, **Dra. LINA BETTY QUIROGA NAVAS,** hace constar que la información suministrada en el presente informe es veraz y cumple con los parámetros establecidos en la ejecución del objeto del contrato.

Se expide en Piedecuesta a los diecisiete (17) día del mes de diciembre de 2024.

SUPERVISOR	SUPERVISOR DE APOYO
FIRMA	**FIRMA**
NOMBRE: LINA BETTY QUIROGA NAVAS **DIRECCION ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO**	**NOMBRE: N/A** **CARGO: N/A**

COPIA CONTROLADA

