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:	05	**de**	Mayo	**de**	2025

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO				
CONTRATO	**NUMERO:**	CD-CPS-003-2025	**FECHA:**	31/01/2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN LA GESTION ADMINISTRATIVA DEL CONCEJO MUNICIPAL DE TIBASOSA - BOYACÁ			
VALOR TOTAL:	$ 23.903.000	**Plazo de Ejecución:**		10 meses y 27 días
No. De CDP(s) y Fecha	6 (30/01/2025)	**No. Fuente**		1.2.1.0.00
		No. De RP y Fecha		15 (31/01/2025)
NOMBRE SUPERVISOR	NANCY CRISTINA PULIDO BONILLA	**Correo Electrónico Contratista**		andreitasan459@gmail.com
FECHA INICIACIÓN:	03/02/2025	**Fecha Terminación:**		30/12/2025

INFORMACIÓN BASICA DEL CONTRATISTA			
CONTRATISTA	JOHANA ANDREA SANTOS VELANDIA	**No. Identificación**	1.055.314.678 de Tibasosa
PERIODO PRESENTE PAGO:	03/04/2025 al 02/05/2025	**No. Factura:**	N/A
		No. Cta. De Cobro:	03 DE 02/05/2025
No. PLANILLA SEGURIDAD S.	4597430268	**Mes:**	ABRIL

DESCRIBIR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS FRENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

ASPECTOS TECNICOS:

Con el presente informe el grado de avance que se alcanza es del 27,3% del Contrato de Prestación de Servicios. En el desarrollo del contrato se cumplió de acuerdo al desarrollo del Objeto del contrato **CD-CPS-003-2025**.

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, cuenta de cobro y certificado de Retención en la Fuente) Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

OBSERVACIONES, RECOMENDACIONES Y/ O SUGERENCIAS

DOCUMENTOS ANEXOS: Anexa soporte de pago Seguridad Social.

NANCY CRISTINA PULIDO BONILLA
Secretaria Concejo Municipal
SUPERVISOR

Elaboro: Secretaria del Concejo N.C.P.B
Reviso: Asesora Jurídica L.D.B.A
Aprobó: Presidente Concejo J.A.M.B