Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático	**INFORME PERIÓDICO DEL SUPERVISOR** (Para Contratos diferentes la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión)	**Código:** GC-FT-65 **Versión: 3** **Página:** 1 de 1 **Vigente Desde:** 23/11/2021

1. Datos generales

Número del Contrato o Convenio	383 de 2024							**Fecha suscripción contrato o convenio::**	15/12/2024			
Tipo de contrato	Contrato prestación de Servicios							**Nombre o Razón Social del Contratista:**	Salud Ocupacional de los Andes Limitada			
Plazo de Ejecución (meses)	Seis (6) meses							**Número de Cédula o NIT:**	830.029.102			
Periodo del Informe:	22	1	2025	al	22	2	2025	**Nombre del Representante Legal:** **(Quien en tenga la facultad en el periodo)**	Luis Alexander Leon Tunjo			
Interventor (si Aplica)	N/A							**Número de Cédula o NIT:** **Nombre del Representante Legal:** **(Quien en tenga la facultad en el periodo)**	No. 80.100.287			
Cargo del Supervisor (1) del IDIGER **(según cláusula de supervisión del contrato/convenio)**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 219-12 SST							**Nombre Supervisores de otras entidades (cooperantes) - (Si aplica)**				
Cargo del Supervisor (2) del IDIGER **(según cláusula del supervisor del contrato/convenio) Si Aplica**								**Cargos supervisores de otras entidades (Si Aplica)**				
Cargo Apoyo a la Supervisión del IDIGER												

Objeto Contractual:

Contratar la prestación de servicio de valoraciones médicas ocupacionales, exámenes complementarios ocupacionales, para los funcionarios de la Entidad

2. Información presupuestal y plazo de ejecución

Valor Inicial del contrato/convenio	$ 25.000.000	**Aporte IDIGER**	Valor CDP	$ 25.000.000	Número CDP	522	Fecha CDP	20/09/2024	Fuente de Recursos	Funcionamiento
			Valor RP	$ 25.000.000	Número RP	693	Fecha RP	16/12/2024		
		Aporte FONDIGER	Valor CDP		Número CDP		Fecha CDP		Fuente de Recursos	
Plazo Inicial de Ejecución (meses)	3		Valor RP		Número RP		Fecha RP			
		Valor Total	$ 25.000.000							
		Aporte Cooperante/Parte Conviniente (Dinero/Especie) Según Aplique			**Descripción**					
		Valor Total	$ 25.000.000							

2.1 Adiciones y Prórrogas

Valor Adición No. 1 del contrato/convenio		**Aporte IDIGER**	Valor CDP		Número CDP		Fecha CDP		Fuente de Recursos	
			Valor RP		Número RP		Fecha RP			
		Aporte FONDIGER	Valor CDP		Número CDP		Fecha CDP		Fuente de Recursos	
Cantidad de meses de prórroga 1			Valor RP		Número RP		Fecha RP			
		Subtotal	$ 0							
		Valor Total (Inicial + Adición 1)	$ 25.000.000							
		Aporte Cooperante/Parte Conviniente (Dinero/Especie) Según Aplique			**Descripción**					
Cantidad Total de meses (Total plazo de ejecución)	3	**Valor Total**	$ 25.000.000							

Si tiene mas de dos adiciones y prórrogas inserte las casillas necesarias

2.2 Disminuciones (Cuando Aplique)

Fecha Documento Disminución:		**Valor disminución :**	

Descripción del motivo de la disminución

NOVEDADES DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Nota: Si este documento se encuentra impreso se considera Copia no Controlada. La versión vigente está publicada en el sitio web del Instituto Distrital de la Gestión del Riesgo y Cambio Climático.

Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático	**INFORME PERIÓDICO DEL SUPERVISOR** (Para Contratos diferentes la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión)	**Código:** GC-FT-65 **Versión: 3** **Página:** 1 de 1 **Vigente Desde:** 23/11/2021

1. Datos generales

Número del Contrato o Convenio	383 de 2024							**Fecha suscripción contrato o convenio::**	15/12/2024
Tipo de contrato	Contrato prestación de Servicios							**Nombre o Razón Social del Contratista:**	Salud Ocupacional de los Andes Limitada
Plazo de Ejecución (meses)	Seis (6) meses							**Número de Cédula o NIT:**	830.029.102
Periodo del Informe:	22	1	2025	al	22	2	2025	**Nombre del Representante Legal:** **(Quien en tenga la facultad en el periodo)**	Luis Alexander Leon Tunjo
Interventor (si Aplica)	N/A							**Número de Cédula o NIT:** **Nombre del Representante Legal:** **(Quien en tenga la facultad en el periodo)**	No. 80.100.287
Cargo del Supervisor (1) del IDIGER **(según cláusula de supervisión del contrato/convenio)**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 219-12 SST							**Nombre Supervisores de otras entidades (cooperantes) - (Si aplica)**	
Cargo del Supervisor (2) del IDIGER **(según cláusula del supervisor del contrato/convenio) Si Aplica**								**Cargos supervisores de otras entidades (Si Aplica)**	
Cargo Apoyo a la Supervisión del IDIGER									

Objeto Contractual:

Contratar la prestación de servicio de valoraciones médicas ocupacionales, exámenes complementarios ocupacionales, para los funcionarios de la Entidad

2.3 VALOR TOTAL Y PLAZO TOTAL MAS MODIFICACIONES

Cantidad de Adiciones **(Sume la cantidad de adiciones realizadas)**	0	**Valor Total de Contrato/Convenio** **(Valor Inicial + Valor total de las Adiciones)**	$ 25.000.000	**Plazo Total de Ejecución** **(Cantidad de meses inicial + Cantidad de mese prórrogas)**	6

2.4. Anticipo (Si Aplica)

Valor Anticipo **(Si Aplica)**		**Porcentaje de Amortización** **(Si Aplica)**		**Fecha Pago del Anticipo**	dd	mm	aaa

3. Información relacionada con la contratación derivada

(Este aparte sólo debe diligenciarse en el evento de existir contratación derivada. Se debe allegar la relación de la misma y el estado que reporte la entidad que adelante la contratación derivada en caso que no sea directamente el IDIGER O IDIGER - FONDIGER)

El supervisor certifica la existencia de contratación derivada del Contrato (Convenio) No. _____ de ____, consistente en _____ (cantidad) contratos, suscritos por _____ (contratante), con el fin de _____ (objeto). De igual manera allega relación de dicha contratación, en _____ folios, en la cual se identifica el número de contrato, la fecha de suscripción, el contratista, el objeto, la duración, el valor, observaciones generales y la certificación expresa del Contratante de que dicha contratación derivada se encuentra finalizada y/o liquidada, y de que todos sus contratistas se encuentran a paz y salvo por todo concepto.

4. Certificaciones para pagos suscritas por el supervisor

Periodo certificado	Fecha de certificación	Valor pagado	Observaciones

5. Pagos Efectuados

Número de pago/desembolso	Valor de desembolso (SEGÚN FORMA PACTADA)	Fecha y número de la orden de pago correspondiente	Observaciones (si el valor pagado fue diferente al pactado en la minuta, describir breve justificación, descuentos y concepto de los mismos)
TOTALES	-		

6. Descuentos/Liberaciones/Reducciones al valor (si aplica)

Fecha Descuento/Liberación/Reducción	Valor Descuento/Liberación/Reducción	Concepto Descuento/Liberación/Reducción
TOTAL		

7. Reintegros efectuados (si aplica)

Fecha reintegro	Valor reintegro	Comprobante reintegro	Concepto reintegro

8. Garantías

Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	Vigencia			
			Desde (Día/ mes/ año)	hasta (Día/ mes/ año)	Fecha aprobación (Día/ mes/ año)	Valor del amparo
Cumplimiento del contrato	**Seguros del Estado S.A.**	**14-44-101226356**	**13/12/2024**	**23/12/2025**	**19/12/2024**	
Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales			**13/12/2024**	**23/06/2028**	**19/12/2024**	

Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático	**INFORME PERIÓDICO DEL SUPERVISOR** (Para Contratos diferentes la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión)	**Código:** GC-FT-65 **Versión: 3** **Página:** 1 de 1 **Vigente Desde:** 23/11/2021

1. Datos generales

Número del Contrato o Convenio	383 de 2024							**Fecha suscripción contrato o convenio::**	15/12/2024
Tipo de contrato	Contrato prestación de Servicios							**Nombre o Razón Social del Contratista:**	Salud Ocupacional de los Andes Limitada
Plazo de Ejecución (meses)	Seis (6) meses							**Número de Cédula o NIT:**	830.029.102
Periodo del Informe:	22	1	2025	al	22	2	2025	**Nombre del Representante Legal:** **(Quien en tenga la facultad en el periodo)**	Luis Alexander Leon Tunjo
Interventor (si Aplica)	N/A							**Número de Cédula o NIT:** **Nombre del Representante Legal:** **(Quien en tenga la facultad en el periodo)**	No. 80.100.287
Cargo del Supervisor (1) del IDIGER **(según cláusula de supervisión del contrato/convenio)**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 219-12 SST							**Nombre Supervisores de otras entidades (cooperantes) - (Si aplica)**	
Cargo del Supervisor (2) del IDIGER **(según cláusula del supervisor del contrato/convenio) Si Aplica**								**Cargos supervisores de otras entidades (Si Aplica)**	
Cargo Apoyo a la Supervisión del IDIGER									

Objeto Contractual:

Contratar la prestación de servicio de valoraciones médicas ocupacionales, exámenes complementarios ocupacionales, para los funcionarios de la Entidad

Calidad del servicio			**13/12/2024**	**23/12/2025**	**19/12/2024**	

MODIFICACIÓN 1

Amparos	**Compañía aseguradora**	**No. de póliza**	**Vigencia**			
			Desde (Día/ mes/ año)	**hasta (Día/ mes/ año)**	**Fecha aprobación (Día/ mes/ año**	**Valor del amparo**

Si se presentan más prórrogas, incluir más filas para éstas.

9. Seguimiento a matriz de riesgos

Luego del seguimiento detectó alguno con alta probabilidad de ocurrencia?	Si		No	x

Registre cual(es) riesgo(s) detectó con alta probabilidad de ocurrencia:

Observaciones adicionales:

Si hay algún riesgo que se materializó o que tiene alta probabilidad de ocurrencia debe informarse a la Oficina Asesora Jurídica.

10 REFERENTE AL SEGUIMIENTO TÉCNICO: Información de seguimiento técnico del contrato, así como análisis respecto del cronograma o avance inicialmente pactado (evidencia de posibles retrasos, vicisitudes, dificultades), (estado % de terminados, en ejecución, pendientes por ejecutar, pagos pendientes y/o en curso etc.).

11. Verificación Pago al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.

La supervisión y/o interventoría verifico el cumplimiento del contratista de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales conforme a los documentos (planillas, pagos, certificaciones) allegados por el contratista en cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002: "(....) verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas. (...) Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal(...)" Nota: Esta verificación se hará cada vez que exista pago a favor del contratista, dependerá de la forma de pago pactada.

Fecha emisión de Informe	18	3	2025

Firma

MAYERLI AZUERO LOZANO

Profesional Universitario 219-12

Firma

Nombre Apoyo a la Supervisión (Componente Técnico: en caso que haya sido designado) o el que aplique

Cargo o Contrato

Firma

Nombre Apoyo a la Supervisión (Componente Financiero: en caso que haya sido designado) o el que aplique

Cargo o Contrato

Firma

Nombre Apoyo a la Supervisión (Componente Jurídico: en caso que haya sido designado)) o el que aplique

Cargo o Contrato

Nota: Si se requiere la firma de más personas que intervinieron en el ejercicio de supervisión, se podrán incluir.