

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

Dependencia:	Subdirección Administrativa y Financiera	Número de pago/ Total de pagos:	7/7	Fecha de entrega	15/12/2025
Banco	CHEQUE	Cuenta		Tipo	
Nombre del contratista		LIBIBETH CASTILLA VELANDIA		Cedula/NIT	1.090.444.691 DV

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO							
Marque con "X"	Número Contrato	CPS 162- 2025	Fecha de suscripción	16-jun-25	Fecha de Inicio	16-jun-25	
					Fecha de terminación:	30-dic-25	
OPS	X	CDP No.	220	Fecha de DCP	13-jun-25	Duración:	6 MESES+15 días
						Adicional?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Contrato	Registro presupuestal No.:	225	Fecha de RP	16-jun-25	CDP No.	512	Fecha 3-dic-25
					CRP No.	515	Fecha 3-dic-25
Resolución	Supervisor	EDILMA CORREDOR HERNANDEZ			Cargo del supervisor	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	
Factura	No. Rubro	2.3.2.02.02.009.11	Nombre del Rubro	AREA FORTALECIDA			
Convenio	Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN LAS GESTIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL ÁREA 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 CIU:		Tarifa:	

INFORMACIÓN FINANCIERA		APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL			
Valor Inicial del contrato:	24.000.000	Periodo Pagado Salud	noviembre		
Ajuste Modificatoria 001		Periodo Pagado Pensión	noviembre		
Adición No.1	2.000.000	No de Planilla	1749499744		Base de pago de aportes
Valor Total del contrato:	26.000.000	Fecha de pago	12-oct-25		1.600.000
Valor pagado:	24.000.000	Valor pagado salud	230.000		
Valor a pagar en el periodo:	2.000.000	Valor pagado Pensión 16%	294.400		Pensionado
Saldo:	0	Valor pagado Riesgos	9.700		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
% de avance	100,0%	Total Aportes del periodo	534.100		

ASPECTOS TECNICOS	
Actividades realizadas por el contratista	Evidencia que aporta el contratista
APOYO AL SEGUIMIENTO Y TODO LO RELACIONADO CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Red interna AMC
SEGUN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS EN EL INFORME DE ACTIVIDADES	Red interna AMC
<p>Certifico que las actividades anteriormente mencionadas 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.</p>	

  
 FIRMA DEL SUPERVISOR  
 NOMBRE DEL SUPERVISOR: EDILMA CORREDOR HERNANDEZ  
 Identificación 37.897.149

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES DE SST  
 SI  NO

Anexos:

Copia de aportes a seguridad social	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Evidencias Físicas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Evidencias digitales	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cuenta de cobro o Factura	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Lugar consulta de las evidencias				