CONSERVATORIO
DEL TOLIMA
INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

# INFORME DE SUPERVISIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL CONTRATO

Por medio del presente documento y en mi calidad de supervisor designado para ejercer la coordinación, control y vigilancia del contrato de: prestación de servicios (X ), servicios profesionales ( ), suministro ( ) obra ( ), presento informe parcial (X ) final ( ) sobre la ejecución del contrato en los siguientes términos:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO | 083 | | | | | | | | |
| FECHA DEL CONTRATO | 12 de marzo de 2019 | | | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Servicio de ambulancia para eventos institucionales tales como Conciertos, Festival Internacional de Piano, entre otros. | | | | | | | | |
| VALOR | CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($ 4.050.000) | | | | | | | | |
| CONTRATISTA | ASUSALUD INTEGRAL SAS | | | | | | | | |
| CC / NIT | 900664191 | | | | | | | | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | NUEVE MESES (9) | | | | | | | | |
| FECHA DE INICIO | 14 DE MARZO DE 2019 | | | | | | | | |
| PRORROGAS (TIEMPO) | SI | | NO | X | PLAZO | | | | |
| ADICIONES (VALOR) | SI | X | NO | | VALOR | $ 1.200.000 | | | |
| SUSPENSIONES | SI | | NO | X | FECHA | | PLAZO | | |
| REINICIOS | SI | | NO | X | FECHA | | | | |
| FECHA DE FINALIZACIÓN | 14 de diciembre de 2019 | | | | | | | | |

## 1.1 AVANCE EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del contrato de la referencia me permito informar que durante el periodo comprendido entre 14 de agosto y el 13 de septiembre, se han realizado/recibido las siguientes actividades:

| OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA |
|---|
| Las obligaciones establecidas para el servicio de ambulancia son las siguientes:<br><br>• La cobertura del servicio de ambulancia como protección ante cualquier emergencia o urgencia para las persona que están dentro de la institución ( estudiantes, docentes, funcionarios y visitantes)<br><br>No aplica esta obligación para éste periodo<br><br>• Los servicios de emergencias y urgencias se brindaran de acuerdo al requerimiento de las personas encargadas de solicitar servicio en la institución.<br><br>No aplica esta obligación para éste periodo<br><br>• Realizar traslados en Ambulancia Básica con personal capacitado e idóneo para preservar la vida de las personas desde el momento de atender la emergencia hasta el ingreso en la clínica o entidad de atención |

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA

médica.
No aplica esta obligación para éste periodo

- Cobertura los días de conciertos que implicar mayor afluencia de público en las siguientes fechas:

En la temporada de concierto es único evento programado para éste periodo de tiempo ( temporada de vacaciones para los estudiantes es el que se documenta a continuación:

| MES | DIA | LUGAR | HORA |
|---|---|---|---|
| Agosto | 29 | Salón Alberto Castilla | 7::00 p.m |
| Agosto | 30 | Salón Alberto Castilla(escuela de música) | 6:00 p.m |
| Septiembre | 4 | Salón Alberto Castilla | 7:00 p.m |
| Septiembre | 12 | Salón Alberto Castilla(banda sinfónica) | 7::00 p.m |
| septiembre | 13 | Salón Alberto Castilla(escuela de música) | 6:00 p.m |




## 1.2 CONTROLES EJERCIDOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Durante los eventos se evidencia la presencia de la ambulancia y el auxiliar de enfermería en cada evento establece contacto con el personal de la ambulancia, toma las evidencias fotográficas adjuntas

1.3 NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Sin existencia de novedades

1.4 CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL POR PARTE DEL CONTRATISTA

Por ser persona jurídica, la empresa ASUSALUD INTEGRAL SAS, emite soporte de certificación sobre el pago de aportes a los Sistemas de Seguridad Social, aportes parafiscales y obligaciones tributaria firmada por VIVIANA PAOLA ANDRADE GIRALDO soportado con certificación de la junta central de contadores, cedula y tarjeta profesional.

| 1.4.1. PERSONAS JURIDICAS, CERTIFICACIÓN EMITIDA POR CONTADOR O REVISOR FISCAL | |
|---|---|
| Fecha certificación: | 1 de septiembre 2019 |
| Nombre Contador (a) o Revisor Fiscal | VIVIANA PAOLA ANDRADE GIRALDO |
| N° de Cedula | 1110479998 |
| N° Tarjeta Profesional | 166744T |
| Fecha Certificado Junta Central de Contadores | 25 de junio de 2019 |

| VERIFICACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL PERSONA NATURAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| AFP: | | | | |
| EPS: | | | | |
| ARL: | | Nivel de Riesgo I | II | V |
| Periodo pagado | Ingreso base de cotización – IBC | Aporte a salud | Aporte a pensión | Aporte a ARL (solo aplica para Nivel Riesgo I y II) |
| | | | | |
| | | | | |
| Totales: | | | | |

1.5 INFORME FINAL (solo aplica para el pago final)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Terminación anticipada | SI | | NO | |
| Cumplimiento del plazo contractual | SI | | NO | |
| Requiere acta de terminación y liquidación | SI | | NO | |
| ¿El proveedor cumplió en forma oportuna de acuerdo con lo establecido en las cláusulas del contrato? | SI | | NO | |
| ¿Los bienes suministrados por el proveedor cumplieron con los requisitos de calidad establecidos en las especificaciones técnicas? | SI | | NO | |
| ¿El proveedor fue sancionado? | SI | | NO | |
| | N° de Resolucion | | | |
| | Fecha | | | |

BALANCE DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | |
| VALOR ANTICIPO (____%) | |
| VALOR TOTAL EJECUTADO | |
| VALOR PAGADO | |
| VALOR A CANCELAR (Amortizando el anticipo) | |
| SALDO POR LIBERAR | |

De acuerdo al cumplimiento del objeto contractual, se califica al contratista de la siguiente manera:

| PARAMETROS DE CALIFICACIÓN | EXCELENTE | BUENO | DEFICIENTE |
|---|---|---|---|
| Calidad | | | |
| Responsabilidad | | | |
| Cumplimiento | | | |

1.5 VALOR A PAGAR A FAVOR DEL CONTRATISTA

| | |
|---|---|
| PERIODO: | 14 de agosto al 13 de septiembre |
| VALOR TOTAL: | $450.000 |
| VALOR AMORTIZADO: | |
| VALOR A DESEMBOLSAR: | $450.000 |

1.6 VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del contrato No. .083 certifico que el/la contratista ASUSALUD INTEGRAL SAS realizó actividades conforme a lo estipulado en el contrato, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas.

Así mismo se deja constancia que el contratista cumplió a cabalidad el objeto del contrato, que los soportes de las actividades desarrolladas se entregaron por parte del contratista en medio impreso o digital y que estas cumplieron con las calidades y cantidades exigidas en el contrato / convenio, los cuales fueron remitidos al expediente contractual.

Como supervisor de este contrato y/o convenio, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato / convenio, así como de los aportes al sistema de seguridad social.

Dada en Ibagué, el catorce (14) día del mes de noviembre de 2019.

Supervisor