

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA CONTRACTUAL



1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que: **PROVEER INSTITUCIONAL S.A.S**
 ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos para el trámite del presente pago. Asimismo certifica que su contenido y condiciones han sido verificados previamente.

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT CC CE TI NÚMERO: 800.355.660 DÍGITO DE VERIFICACIÓN: 2

OC-CONCE-2023-002 INICIO DEL CONTRATO 24-mar-23 TERMINACIÓN DEL CONTRATO 23-abr-23

OTROSÍ SI NO VALOR DE LA ADICIÓN PLAZO DE LA ADICIÓN

NOTA ACLARATORIA: EL ÁREA JURÍDICA VERIFICÓ EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS CONTRACTUALES, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y JURÍDICOS PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO

PERIODO DEL INFORME Y DE LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE AL PAGO: AÑO 2023 MES 3 DÍA 34 AL AÑO 2023 MES 4 DÍA 23

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 9.600.000
DESEMBOLSO N° 1	
VALOR A PAGAR	\$ 9.600.000
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	\$ -

NOMBRE DEL SUPERVISOR: **MARÍA JULIANA CASTAÑEDA CASTAÑO** CARGO: Profesional universitario oficina de prensa y comunicaciones

OBJETO DEL CONTRATO: Adquisición de un teléfono móvil y accesorios con destino al área de prensa y comunicaciones

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS
1) Aceptar y aplicar los procedimientos administrativos que actualmente se desarrollan en la Corporación para la ejecución del contrato.	El contratista cumplió con los procedimientos administrativos
2) El contratista, será responsable del pago de prestaciones sociales y demás erogaciones a que haya lugar y debe presentar certificaciones y/o recibos de pago, donde conste el cumplimiento de sus obligaciones frente al sistema de seguridad integral, de conformidad con el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 (pago a los sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones y ARL, suya y de su personal, así como el pago de los aportes parafiscales a las Cajas de Compensación Familiar, SENA, e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, cuando a ello haya lugar, de conformidad con lo establecido en la Ley 789/02).	El contratista envía soportes de pago
3) Presentar oportunamente la factura a cuenta de cobro con todos los soportes, para efectos de expedición de certificación por parte del supervisor del contrato, sobre su correcta ejecución.	El contratista cumplió con los procedimientos administrativos
4) No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúan por fuera de la ley con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, informando inmediatamente al Concejo y demás autoridades competentes cuando se presenten tales peticiones o amenazas.	El contratista cumplió con los procedimientos administrativos
5) Guardar absoluta reserva en relación con toda la información que maneje o que conozca con ocasión de las actividades propias de la prestación del servicio. El contratista deberá cuidar la información a la que tenga acceso evitando su destrucción o utilización indebida y,	El contratista cumplió con los procedimientos administrativos
6) Las demás que le sean asignadas por el Supervisor de contrato o por el Ordenador del Gasto del Concejo Municipal, que se deriven del objeto y naturaleza del contrato.	N/A

FACTURA No. **LICE13780** CUENTA DE COBRO N° DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL?
 ANTICIPO: SI NO VALOR \$ **9.600.000,00**

INFORMACIÓN DEL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
CONCEPTO	FECHA DE PAGO	No. PLANILLA DE PAGO	VALOR(ES) PAGADO(S)
EPS	DÍA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO <input type="checkbox"/>		
AFP Y PFP			
FONDO DE SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA			
TOTAL			\$

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y riesgos laborales deben estar calculados con base en el 45% del valor del contrato (sin incluir IVA), en este valor deben estar excluidos los intereses de mora.

DATOS DE CUENTA BANCARIA
 ENTIDAD BANCARIA: **BANCO DE BOGOTÁ** TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE N° DE LA CUENTA: **278144487**

2. ACEPTA Y AUTORIZA EL PRESENTE PAGO

Certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y como supervisor en desarrollo de las actividades descritas en el presente periodo.

FIRMA: [Firma]
 NIT / C.C.: **2433364**
 NOMBRES: **María Juliana Castañeda Castaño**
 SUPERVISOR

FIRMA: [Firma]
 NIT / C.C.: **10.003.534**
 NOMBRES: **Paulo Cesar Carvajal Lara**
 CONTRATISTA

3. DOCUMENTOS ANEXOS QUE AMPARAN ESTA CERTIFICACIÓN

PRIMER O ÚNICO PAGO	OTROS PAGOS
1. Factura, cuenta de cobro o documento equivalente <input checked="" type="checkbox"/>	1. Factura, cuenta de cobro o documento equivalente <input type="checkbox"/>
2. Copia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP <input checked="" type="checkbox"/>	2. Causación (Contabilidad) <input type="checkbox"/>
3. Registro Presupuestal RP <input checked="" type="checkbox"/>	3. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador) <input type="checkbox"/>
4. Causación (Contabilidad) <input checked="" type="checkbox"/>	4. Planilla de pago de Seguridad Social. <input type="checkbox"/>
5. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador) <input checked="" type="checkbox"/>	5. Informe técnico <input type="checkbox"/>
6. Planilla de pago de Seguridad Social. <input checked="" type="checkbox"/>	
7. Informe técnico <input checked="" type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES: