**INFORME DE SUPERVISION N°**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NUMERO DE CONTRATO** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **FECHA DEL CONTRATO** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **SUPERVISOR** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **CARGO SUPERVISOR** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **SUPERVISOR DE APOYO** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **CARGO SUPERVISOR DE APOYO** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **CONTRATISTA** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **MODALIDAD DEL CONTRATO** | | | | ARRENDAMIENTO  COMPRAVENTA  SUMINISTRO  CPS | | | | | | | | | | | |
| **NIT N.** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **R/L** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **C.C. N.** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **REGIMEN** | | | | **COMUN** | | | |  | **NO RESPONSABLE DE IVA** | | | | | |  |
| **OBJETO** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| CDP | | |  | | | | VALOR | | | | |  | | | |
| CDP | | |  | | | | VALOR | | | | |  | | | |
| CDP | | |  | | | | VALOR | | | | |  | | | |
| RP | | |  | | | | VALOR | | | | |  | | | |
| RP | | |  | | | | VALOR | | | | |  | | | |
| RP | | |  | | | | VALOR | | | | |  | | | |
| **VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO** | | | | | | | | | | NA | | | | | |
| N° CDP ADICIONAL | | | NA | | | | VALOR CDP ADIC. | | | | | NA | | | |
| N° RP ADICIONAL | | | NA | | | | VALOR RP ADIC. | | | | | NA | | | |
| **RUBRO PRESUPUESTAL** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **VALOR MENSUAL** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **ANTICIPO Y/O PAGO ANTICIPADO (\_\_\_\_ %)** | | | | | | | | | NA | | | | | | |
| **PLAZO INICIAL** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **PLAZO ADICIONAL** | | | | | | | | | NA | | | | | | |
| **PLAZO TOTAL** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **FECHA ACTA DE INICIO** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **FECHA DE TERMINACION PROYECTADA EN EL CONTRATO** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **ACTA DE SUSPENSION** | N° | dd/mm/aaaa | | | N° | dd/mm/aaaa | | | N° | | dd/mm/aaaa | | N° | dd/mm/aaaa | |
| **ACTA DE REINICIO** | N° | dd/mm/aaaa | | | N° | dd/mm/aaaa | | | N° | | dd/mm/aaaa | | N° | dd/mm/aaaa | |
| \*Incluir las fechas de Suspensión y Reinicio (Novedades) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FECHA DE TERMINACION CON NOVEDAD** | | | | | | | | | | NA | | | | | |
| **PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME** | | | | | | | | | **DESDE:** | | | | | | |
| **HASTA:** | | | | | | |
| **OFICINA GESTORA** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **VALOR A PAGAR** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **NUMERO DE PAGOS REALIZADOS** | | | | | | | | |  | | | | | | |

Con base en los informes presentados por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, respecto a las actividades ejecutadas dentro del periodo comprendido entre el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte de la Empresa Piedecuestana de Servicios Públicos ESP, tomando como base la presente acta de supervisión y autorización del pago parcial No \_\_\_\_por valor de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CERTIFICO QUE:**

De acuerdo con las condiciones establecidas en el presente contrato y una vez revisada la documentación suministrada por el contratista con relación al desarrollo y ejecución del mismo, las actividades representativas realizadas durante la ejecución fueron:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **ACTIVIDAD** | **EVIDENCIA** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

Así mismo se deja constancia de los siguientes pagos realizados por el contratista al Sistema de Seguridad Social:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APORTE A SALUD** | Periodo de cotización |  |
| Fecha de pago |  |
| Nº de Planilla |  |
| Ingreso Base de Cotización |  |
| Valor cotizado |  |
| EPS |  |
| **APORTE A PENSIÓN** | Periodo de cotización |  |
| Fecha de pago |  |
| Nº de Planilla |  |
| Ingreso Base de Cotización |  |
| Valor cotizado |  |
| Fondo de Pensiones |  |
| **APORTE A.R.L.** | Periodo de cotización |  |
| Fecha de pago |  |
| Nº de Planilla |  |
| Ingreso Base de Cotización |  |
| Valor cotizado |  |
| A.R.P. |  |
| **PARAFISCALES** | SENA |  |
| I.C.B.F. |  |
| Caja de Compensación |  |

Que esta Supervisión verificó el cumplimiento de las obligaciones de Seguridad Social, de lo cual reposa copia en la carpeta, de los pagos correspondientes a Salud y Pensión y ARL

Por lo anterior, el suscrito supervisor, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**hace constar que la información suministrada en el presente informe es veraz y cumple con los parámetros establecidos en la ejecución del objeto del contrato.

Se expide en Piedecuesta, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **SUPERVISOR** | **SUPERVISOR DE APOYO** |
| **FIRMA** | **FIRMA** |
| **NOMBRE:**  **CARGO:** | **NOMBRE:**  **CARGO:** |