
 CONTRALORIA Municipal de Bucaramanga	GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACION		COM-FO-027	
	SUPERVISION DE CONTRATO		Página 1 de 2	Revisión 1

INFORME DE SUPERVISIÓN NUMERO XX

CONTRATO No.:									
OBJETO:									
VALOR INICIAL:									
VALOR ADICIONAL:									
PLAZO INICIAL:									
PLAZO ADICIONAL:									
CONTRATISTA:									
REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RÉGIMEN					Común		Simplificado:		
SUPERVISOR:									
INTERVENTOR CONTRATO:									
ANTICIPO (XXX%)									
FECHA DE INICIACIÓN:									
ANTICIPO									
ACTA DE SUSPENSIÓN	Nº	Nº	Nº	Nº					
ACTA DE REINICIACIÓN	Nº	Nº	Nº	Nº					
FECHA DE TERMINACIÓN:									
MUNICIPIO:					Bucaramanga				
OFICINA GESTORA:					Oficina				
VALOR A PAGAR									
PERIODO DEL PAGO					DESDE				
					HASTA				
No. PAGO		PERIODO CUMPLIDO					VALOR EJECUTADO PARCIAL		
VALOR DEL CONTRATO					\$				
PRIMER PAGO							\$		
SEGUNDO PAGO							\$		
TERCER PAGO							\$		
CUARTO PAGO							\$		
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR							\$		
TOTAL (SUMAS IGUALES)					\$		\$		

Dando cumplimiento a la cláusula cuarta del presente contrato, relaciono las actividades realizadas por el Contratista, durante el cumplimiento del período de ejecución:

NÚMERO DE OBLIGACION	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA
1			
2.			
3.			

 CONTRALORIA Municipal de Bucaramanga	GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACION	COM-FO-027	
	SUPERVISION DE CONTRATO	Página 2 de 2	Revisión 1

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 de este periodo, se cumplieron a satisfacción.

Así mismo se deja constancia que los siguientes pagos realizados por el contratista al Sistema de Seguridad Social, fueron verificados.

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.P.	Periodo de cotización	
	Fecha de pago	
	Nº de Planilla	
	Ingreso Base de Cotización	
	Valor cotizado	
	A.R.P.	COLPATRIA
PARAFISCALES	SENA	No Aplica
	I.C.B.F.	No Aplica
	Caja de Compensación	No Aplica

Por lo anterior, el supervisor (a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX hace constar que la información suministrada en el presente informe es veraz y se encuentra debidamente evidenciada en los documentos adjuntos y cumple con los parámetros establecidos en la ejecución del objeto del contrato.

Se expide en Bucaramanga, a los (XX) días del mes de XXX 20XXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Supervisor