INFORME

SUPERVISION / INTERVENTORIA

1. TIPO DE INFORME:					
Periódico: X	FEBRERO		**Final:**		

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO / ORDEN / CONVENIO:					
Contrato / Orden / Convenio Número:	GC-SGV-001-2022	**de**	2022		
Tipo de contrato: ARRENDAMIENTO					
Objeto: "CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DEL INMUEBLE UBICADO EN LA CALLE 12 No. 20 – 171 BARRIO LA ESPERANZA DE LA CIUDAD DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE."					
Supervisor / Interventor:	ASTRID YADIRA LEON GARCIA – TECNICO ADMINISTRATIVO				
Contratista:	RODRIGO RAMIREZ				
Valor total del contrato/orden/convenio:	$ 60.781.000				
Plazo de ejecución:	303 días				
Fecha inicio de ejecución:	28	**de**	DICIEMBRE	**de**	2022
Fecha de terminación del contrato:	31	**de**	OCTUBRE	**de**	2023
EN EJECUCIÓN: X	TERMINADO:		LIQUIDADO:		POR LIQUIDAR:

INFORMACION FINANCIERA:

CDP N°	Fecha	Valor	RP N°	Fecha	Valor
2522	19/07/2022	$ 601.000	42222	28/12/2022	$ 601.000
1523	10/01/2023	$ 60.180.000	623	10/01/2023	$ 60.180.000

INFORMACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA:

Tipo: N/A	Bancaria: N/A		Póliza de seguro: N/A	
Garante: N/A		Entidad bancaria / aseguradora N/A		
Identificación de la garantía única:	N/A	Fecha de aprobación: N/A	Fecha N/A	

AMPAROS	X	INICIO DE VIGENCIA	FIN DE VIGENCIA	VALOR ASEGURADO
Buen manejo del anticipo.	N/A	N/A	N/A	N/A
Cumplimiento.	N/A	N/A	N/A	N/A
Pago de salarios y prestaciones.	N/A	N/A	N/A	N/A
Calidad.	N/A	N/A	N/A	N/A
Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A	N/A	N/A	N/A
Otro:	N/A	N/A	N/A	N/A

Prórrogas					
Número y fecha de la modificación		**Tiempo (días calendario)**			
1	**N/A**	**N/A**			
Nueva fecha de terminación:		**de**		**de**	

Adiciones			**CDP N°**	**RP N°**	**Fecha RP**
Número y fecha de la modificación		**Valor de la adición ($)**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
1	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	
Valor total final: N/A		**$**	**N/A**	**N/A**	**N/A**

Suspensiones		
Fecha de suscripción		**Periodo y Tiempo (días calendario)**
1	N/A	

Modificaciones	
Cláusula Nº	**Breve descripción de la modificación**

1	**N/A**	**N/A**

Modificación de la garantía única:

Amparo modificado:	Nuevo valor asegurado:	Fecha aprobación:
N/A	N/A	N/A

3. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO / ORDEN / CONVENIO:

En el contrato / orden / convenio se pactó anticipo: SI ☐ **No** X

CONTRATO

Anticipo contrato inicial % (1)	0.00%	Valor anticipo contrato inicial (5)	$ -
Fecha de Desembolso del anticipo (2)	DD/MM/AAAA	Valor anticipo adiciones (6)	$ -
No. Orden de pago desembolso anticipo (3)		Valor total anticipo (7)	$ -
% Anticipo de adiciones (4)	0.00%	Saldo pendiente por amortizar (8)	$ -

CONCEPTO		VALOR HONORARIOS	PORCENTAJE DE EJECUCION
Valor total inicial (9)		60,781,000.00	20.79%
Valor Adiciones (10)		0.00	
Valor Total (∑ Valor total inicial + Adiciones)		60,781,000.00	
Valor pagado (11)		6,619,000.00	
Valor en trámite (FEBRERO) (12)		6,018,000.00	
Nota débito + ND (13)	Numero	0.00	
Nota crédito - NC (14)	Numero	0.00	
Ajuste valor en trámite (∑ Valor en trámite + ND - NC)		6,018,000.00	
Valor total ejecutado (∑ Valor pagado + Valor en trámite ajustado)		12,637,000.00	
Saldo del contrato (∑ Valor Total del Contrato – Valor Total Ejecutado)		48,144,000.00	

Si el saldo es diferente de Cero (0) indique con X:	Saldo por reintegrar:		Saldo por liberar:	

:

Un. Ejec.	N/A	**CDP**	N/A	**Compromiso o Registro**	N/A	**Cat.**	N/A	**Valor a liberar**	N/A
Un. Ejec.	N/A	**CDP**	N/A	**Compromiso o Registro**	N/A	**Cat.**	N/A	**Valor a liberar**	N/A
VALOR TOTAL A LIBERAR:								**$**	

¿Solicita constituir reservas?	**SI**	**NO X**
Valor y justificación:	**N/A**	

4. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, ARL, PENSIONES Y/O APORTES PARAFISCALES:

El interventor/supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones, y cuando a ello haya lugar, ARL, aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas.	**SI X**	**NO**

Por concepto de aportes al sistema de seguridad social el contratista efectuó los siguientes pagos (copia de planillas y recibos de pago anexos):

Aportes al sistema de salud	$ 809.000
Aportes al sistema de pensiones	$ 1.035.400
Aportes a ARL	$ 0

5. ESTADO DEL AVANCE DE LA EJECUCIÓN:		
Estado de avance de la ejecución a la fecha (%)		**20.79**
Descripción de la ejecución actual del contrato:		
Nº	**Obligaciones Específicas del Contratista**	**Estado de avance de la obligación**
1	Entregar el inmueble en buen estado (seguridad, aseo y pintura) y los servicios públicos a paz y salvo y en funcionamiento	Porcentaje (%) de avance: 20.79
		Descripción del avance: El inmueble se recibió en buen estado
		Entrega producto Si _X__ No____ Ubicación:
2	Efectuar oportunamente lo requerido por el supervisor del contrato en lo referente a las mejoras necesarias y/o reparaciones al inmueble	Porcentaje (%) de avance: 20.79
		Descripción del avance: Se han realizado las mejoras solicitadas en un término oportuno.
		Entrega producto Si _X__ No____ Ubicación:
3	Colaborar con el ICA en lo que sea necesario para que el objeto contratado se cumpla.	Porcentaje (%) de avance: 20.79
		Descripción del avance: Se cumplió el objeto del contrato
		Entrega producto Si __X_ No____ Ubicación:
4	Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del contrato evitando dilataciones y entrabamientos que se puedan presentar	Porcentaje (%) de avance: 20.79
		Descripción del avance: No se han presentado inconvenientes en el desarrollo del contrato
		Entrega producto Si _X__ No ____ Ubicación:
5	Recibir el inmueble al momento de la terminación del contrato mediante acta de entrega y recibo.	Porcentaje (%) de avance: 0
		Descripción del avance: No se ha hecho entrega del inmueble
		Entrega producto Si ___ No __X_ Ubicación:
6	Informar al ICA en forma inmediata y a las demás autoridades competentes cuando reciba peticiones o amenazas de quienes actúen fuera de la ley con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho.	Porcentaje (%) de avance: 0
		Descripción del avance: No se presentaron este tipo de actividades
		Entrega producto Si___ No _X__ Ubicación:

7	Entregar la factura correspondiente con los requisitos establecidos en la Ley 223 de 1995, adjuntado el pago de los aportes de salud y pensión	Porcentaje (%) de avance: 20.79
		Descripción del avance: Se recibieron las Facturas de acuerdo a lo estipulado en el contrato.
		Entrega producto Si _X__ No____ Ubicación:
8	Garantizar que las instalaciones eléctricas del inmueble objeto de arrendamiento, existentes cumplen con las especificaciones técnicas mínimas indicadas en el Código Eléctrico Nacional Colombiano NTC- 2050, por lo cual será objeto de mantenimiento preventivo anualmente por el ARRENDADOR, el sistema eléctrico y de protección.	Porcentaje (%) de avance: 20.79
		Descripción del avance: Se cumplió a cabalidad con lo estipulado en éste ítem.
		Entrega producto Si _X__ No____ Ubicación:
9	En cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 828 de 2003 se obliga ante el ICA al pago de aportes a salud y pensiones	Porcentaje (%) de avance: 20.79
		Descripción del avance: Se recibieron las certificaciones y soportes de los pagos al sistema de seguridad social.
		Entrega producto Si _X__ No____ Ubicación:
10	Cumplir con el pago de todos los impuestos, tasas, contribuciones o participaciones tanto en el ámbito nacional, departamental y municipal que se causen en razón de la suscripción, desarrollo, ejecución y liquidación del presente contrato	Porcentaje (%) de avance: 20.79
		Descripción del avance: No se ha realizado ningún pago de los mencionados en este ítem.
		Entrega producto Si _X_ No____ Ubicación:

VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES AMBIENTALES:			
El Supervisor verificó el cumplimiento de las obligaciones ambientales.	**N/A**	**SI**	**NO**

MEJORAS:		
Indique si con la ejecución del contrato se agrega valor a los bienes inmuebles de la entidad.	**SI**	**NO X**

ADQUISICIÓN DE BIENES TANGIBLES:		
Indique si con la ejecución del contrato se adquirieron bienes tangibles.	**SI**	**NOX**

ADQUISICIÓN DE BIENES INTANGIBLES:		
Indique si con la ejecución del contrato se adquirieron bienes intangibles.	**SI**	**NO X**

BIENES APORTADOS AL CONVENIO:		
Indique si **EL ICA** aportó bienes para la ejecución del convenio.	**SI**	**NO X**

PLACA DE INVENTARIO	**DESCRIPCIÓN**	**VALOR**
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

Mediante acta del (fecha) **CONTRATISTA** devolvió a **EL ICA** los bienes que éste último aportó al convenio, de conformidad con lo pactado en la cláusula.

FUERON ADQUIRIDOS BIENES CON RECURSOS DEL CONVENIO:		
Indique si con los recursos destinados al convenio fueron adquiridos bienes.	**SI**	**NO X**

PLACA DE INVENTARIO	**DESCRIPCIÓN**	**VALOR**
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

Mediante acta del (fecha) fueron devueltos a **EL ICA** los bienes que éste último aportó al convenio, de conformidad con lo pactado en la cláusula XXX del convenio.

Mediante SISAD número del fecha el Grupo de Control de Activos y Almacenes certificó que los bienes relacionados anteriormente se encuentran incluidos en los inventarios de **EL ICA**.

SE PACTÓ LA EXPEDICIÓN DE GUÍAS SANITARIAS DE MOVILIZACIÓN INTERNA (GSMI):		
Indique si el objeto del convenio incluía la expedición de GSMI.	**SI**	**NO X**

GSMI EXPEDIDAS	**CONSECUTIVO**	**VALOR**
#	Del XXX al XXX	$
GSMI ANULADAS	**CONSECUTIVO**	**VALOR**
#	Del XXX al XXX	$
GSMI DEVUELTAS A EL ICA	**CONSECUTIVO**	**VALOR**
#	Del XXX al XXX	$

Los recursos generados por el convenio se manejaron a través de la cuenta XXX del Banco XXX, la cual se encuentra CANCELADA, conforme lo indica la certificación adjunta.

Mediante SISAD XXXX del (fecha) el Grupo de Gestión Financiera certificó que los recursos relacionados anteriormente ingresaron a las cuentas de **EL ICA**.

6. EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA:

CRITERIO	SUBCRITERIO	ITEM	MARQUE		VALOR ASIGNADO	PUNTAJE
			SI	NO		
CUMPLIMIENTO (25 PUNTOS)	TIEMPO DE ENTREGA	¿Se cumplieron los tiempos de entrega de bienes o la prestación de los servicios ofertados por el proveedor?				0
	CANTIDADES	¿Se entregan las cantidades solicitadas?				
CALIDAD (25 PUNTOS)	CONFORMIDAD	¿El bien o servicio cumplió con las especificaciones y requisitos pactados en el momento de entrega?				0
	FUNCIONALIDAD ADICIONAL	¿El producto comprado o el servicio prestado proporcionó más herramientas o funciones de las solicitadas originalmente?				
POS CONTRACTUAL (25 PUNTOS)	RECLAMACIONES	¿Se han presentado reclamaciones al proveedor en calidad o gestión?				0
		(*) ¿El proveedor soluciona oportunamente las no conformidades de calidad y gestión de los bienes o servicios recibidos?				
	SERVICIO POS VENTA	¿El proveedor cumple con los compromisos pactados dentro del contrato u orden de servicio o compra? (aplicación de garantías, mantenimiento, cambios, reparaciones, capacitaciones, entre otras)				
GESTION (25 PUNTOS)	PROCEDIMIENTOS	¿El contrato es suscrito en el tiempo pactado, entrega las pólizas a tiempo y las facturas son radicadas en el tiempo indicado con las condiciones y soportes requeridos para su trámite contractual?				0
	GARANTÍA	¿Se requirió hacer uso de la garantía del producto o servicio?				
		(*) ¿El proveedor cumplió a satisfacción con la garantía pactada?				
PUNTAJE TOTAL						0
CONVENCIÓN	SÍMBOLO SIGNIFICADO	PROVEEDOR TIPO A: EXCELENTE. Puntaje mayor o igual a 80 hasta 100 puntos. Se puede contratar nuevamente				
	(*) Se responde si la anterior pregunta tiene una ponderación de cero o SI	PROVEEDOR TIPO B: BUENO. Puntaje entre 46 hasta 79 puntos. Se invita nuevamente a procesos pero debe mejorar las observaciones presentadas por la entidad. La entidad (Supervisor) presentará las observaciones mediante oficio adjunto al presente formato.				
		PROVEEDOR TIPO C: MALO. Puntaje inferior o igual a 45 puntos. La entidad no debe contratar con este proveedor.				

7. OBSERVACIONES:

EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO, CERTIFICO QUE EN LA PLATAFORMA DE SECOP II SE ENCUENTRA CARGADA DE FORMA COMPLETA TODA LA DOCUMENTACIÓN SOPORTE CORRESPONDIENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y ME HAGO RESPONSABLE POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN Y DE LOS HECHOS REPORTADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

Para constancia se firma en (San José del Guaviare) a los quince (15) días del mes de (febrero) de dos mil veintitrés (2023).

ASTRID YADIRA LEON GARCIA
Técnico Administrativo – 3124-10
Supervisor / Interventor

PEDRO ENRIQUE SALAZAR CASTILLO
Gerente Seccional Guaviare
LIDER DEL PROCESO DE CONTRATACION

Original: Grupo de Control de Activos / Gestión Contable / Contractual. Copia: Supervisor/Interventor.

Anexos:



RODRIGO RAMIREZ
NIT 97.600.441-2
CALLE 6 No 26-17 BRR VEINTE DE JULIO
Tel: (310) 8825217
San José Del Guaviare - Colombia
rojasramirez15@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 116

Señores	INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO		
NIT	899.999.069-7	**Teléfono**	(57) 3203509784
Dirección	CL 12 # 20 - 171 BRR LA ESPERANZA	**Ciudad**	San José Del Guaviare - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	13/02/2023, 16:15
Expedición	14/02/2023, 14:57
Vencimiento	13/02/2023

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	CANON DE ARRENDAMIENTO POR EL MES DE FEBRERO DE 2023 DEL BIEN INMUEBLE UBICADO EN LA CARRERA 22 No. 11-91 Y CALLE 12 No. 20-171 BARRIO LA ESPERANZA, EN LA CIUDAD DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	1.00	5,057,142.86	5,057,142.86	960,857.14	6,018,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Seis millones dieciocho mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Consignación $ 6,018,000.00

Total Bruto	5,057,142.86
IVA 19%	960,857.14
Total a Pagar	**6,018,000.00**

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764029029175 aprobado en 20220517 prefijo FE desde el número 73 al 5000 Vigencia: 24 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 4773 Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos y artículos de tocador en establecimientos especializados Tarifa

CUFE: 775cc499dff4ea5747ec9fb6792b6de6071d9e57e1b1fbe0994a850beb6c01a2180920a7bee516c6e3befa501bbd3626

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002 Y ARTICULO 23 LEY 1150 DE 2007.

Yo, **RODRIGO RAMIREZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 97.600.441, en mi condición de persona natural debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de San José del Guaviare, certifico que me encuentro al día con los pagos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y riesgos Profesionales y con los aportes parafiscales durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación del presente documento, por lo que declaro que me encuentro a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud – EPS, los Fondos de Pensiones, las Administradora de Riesgos Profesionales – ARL, las Cajas de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), por el periodo de enero de 2023.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dado en San José del Guaviare, a los catorce (14) días mes de febrero de 2023.

Cordialmente,

RODRIGO RAMIREZ
C.C No. 97.600.441 DE SAN JOSE GRE
CALLE 6 No. 26-13 B. 20 DE JULIO
CEL. 310 882 5217
E-Mail: rojasramirez15@gmail.com

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 97600441		RAMIREZ RODRIGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 6 26 13	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	8825217	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1914632208	9445940483	I	2023/02/09	2023/02/13	BANCOLOMBIA	4	$926,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,235,550	$517,700			$3,235,550	$404,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,235,550	$517,700			$3,235,550	$404,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)					$3,235,550	$517,700			$3,235,550	$404,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	97600441	RAMIREZ RODRIGO	25-14	30	$3,235,550	$517,700	EPS037	30	$3,235,550	$404,500		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,235,550	$517,700			$3,235,550	$404,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 97600441		RAMIREZ RODRIGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 6 26 13	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	8825217	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1914632208	9445940483	I	2023/02/09	2023/02/13	BANCOLOMBIA	4	$926,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$517,700	$2,500	$0	$520,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$517,700	$2,500	$0	$520,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$404,500	$2,000	$0	$406,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$404,500	$2,000	$0	$406,500
TOTAL				**1**	**$922,200**	**$4,500**	**$0**	**$926,700**