**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ**
**MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN**
**NIT. 800095785-2**

**INFORME DE SUPERVISIÓN Nº _001**

| | |
|---|---|
| FECHA DEL INFORME | 26 DE JULIO DEL 2024 |

| A. DATOS DEL CONTRATO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | CO | | CCV | | CSU | | CPS | | CPSP | X | CIA | | CIN | | CCN | | | | | |
| | CCM | | CCC | | CA | | CVAS | | CVSO | | CVCI | | OTRO | | | | | | | |
| No. CONTRATO | 334-2024 | | | | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | | | | 25/07/2024 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATANTE | MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUÀN | | | | | | | N.I.T. | 800.095.785-2 | | | | | | | | | |
| CONTRATISTA | ABEL FERNANDEZ RODRÍGUEZ | | | | | | | N.I.T. | | C.C. | X | 83.222.063 | | | | | | |
| OBJETO | PRESTAR LOS SERVICIOS LOGÍSTICOS PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD DE BIENESTAR SOCIAL DIRIGIDA A LOS FUNCIONARIOS DE LA PLANTA GLOBAL DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN, CAQUETÁ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LUGAR EJECUCIÓN | MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUÀN | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FORMA DE PAGO | % ANTICIPO | | % ANTICIPADO | | % PARCIAL | X | CANT. | | % FINAL | | | | | | | | | |
| CDP No. | 835 | FECHA | 18/07/2024 | | RP No. | 863 | FECHA | 25/07/2024 | | | | | | | | | | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | UN (1) DÍA, contado a partir de la suscripción del acta de inicio respectiva | | | | | | MESES | x | DÍAS | | | | | | | | | |
| FECHA DE INICIO | 26/07/2024 | | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL | | | | 27/07/2024 | | | | | | | | | | | |
| VALOR | $10.710.000 | | DIEZ MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL PESOS | | | | | | | | | | | | | | | |

| 1. DATOS DE LA GARANTÍA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ¿REQUIERE PÓLIZA? | NO | | SI | X | No. | 61-46-101028401 | ASEGURADORA | SEGUROS DEL ESTADO S.A |
| ¿REQUIERE PÓLIZA? | NO | | SI | X | No. | 61-54-101002538 | ASEGURADORA | SEGUROS DEL ESTADO S.A |
| FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA | 25/07/2024 | | | | | FECHA DE TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA | | 31/07/2027 |
| FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA | 25/07/2024 | | | | | FECHA DE TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA | | 31/07/2024 |

| AMPAROS: | | |
|---|---|---|
| RIESGO A AMPARAR | MONTO AMPARADO | VIGENCIA DEL AMPARO |
| Cumplimiento del contrato | 1,071,000.00 | 25/07/2024 |
| Calidad del servicio | 1,071,000.00 | 25/07/2024 |
| Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales | 535,500.00 | 25/07/2024 |
| Responsabilidad civil | 260,000,000.00 | 25/07/2024 |

| 2. MODIFICACIONES AL CONTRATO | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO MODIFICATORIO | | No. | | | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | | | | |
| ADICIÓN | | PRÓRROGA | | MODIFICACIÓN | | CLÁUSULA MODIFICADA | | | |

| | |
|---|---|
| MODIFICACIÓN | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DURACIÓN PRÓRROGA | | MESES | | DÍAS | | |
| VALOR ADICIONADO | | | | % | | |
| | | | | | | |

| 3. SUSPENSIONES Y REINICIOS[ii] | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ACTA DE SUSPENSIÓN N° | | FECHA | dd/mm/aaaa | DURACIÓN | | | | |
| ACTA DE REINICIO N° | | FECHA | dd/mm/aaaa | | MESES | | DÍAS | |

| 4. CONDICIONES FINALES DE PLAZO Y VALOR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLAZO DE EJECUCIÓN MODIFICADO DEL CONTRATO[iii] | | MESES | | DÍAS | |
| DURACIÓN DE LAS SUSPENSIONES | | FECHA DE TERMINACIÓN MODIFICADA[iv] | | | |
| VALOR DEFINITIVO | | | | | |

| B. INFORME DE AVANCE DEL CONTRATO | |
|---|---|
| PERÍODO DEL INFORME DE SUPERVISION | 26 DE JULIO DEL AÑO 2024 |

## 1. RESÚMEN GENERAL DEL ESTADO DEL CONTRATO

- *La contratista presentó informes de ejecución de las actividades a su cargo, los cuales cuentan con el visto bueno del suscrito, del periodo comprendido para el 26 de julio del año 2024.*
- *La contratista dio cumplimiento durante el período con el pago de la totalidad de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de conformidad con las normas legales vigentes, como consta en la fotocopia adjunta.*

## 2. VERIFICACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO

*(Si aplica) El (la) contratista (o parte contractual) prestó a satisfacción los servicios (o realizó las actividades) que se relacionan a continuación, de acuerdo con la (s) siguiente (s) acta (s) de recibo parcial (o final) de bienes o servicios:*

| ACTA DE RECIBO PARCIAL (O TOTAL) | No. | 01 | FECHA | 26 de julio del 2024 |
|---|---|---|---|---|

| ÍTEM | OBLIGACIÓN/ACTIVIDAD | EN EJECUCIÓN | CUMPLIDA | NO CUMPLIDA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| A | Prestar el servicio logístico de acuerdo con el requerimiento del supervisor y de conformidad a las especificaciones técnicas del presente contrato. | X | | | -Cumpie |
| B | Disponer del personal idóneo y/o con los conocimientos | X | | | -Cumple |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | necesarios para el desarrollo de los servicios a contratar. | | | | |
| C | Garantizar que el lugar se encuentre en condiciones adecuadas para su uso y funcionamiento, y con el cumplimiento de las medidas de protección de acuerdo con la normatividad vigente | X | | | -Cumple |
| D | Contar con todos los recursos humanos, técnicos y físicos para poder cumplir a cabalidad con el objeto contractual. | X | | | -Cumple |
| E | Suministrar los alimentos (almuerzos) en condiciones de higiene, buena calidad y en todo caso reponer los alimentos que se suministren en condiciones de mala calidad | X | | | -Cumple |
| F | Brindar la asistencia necesaria en los casos que se requiera en el evento que se llegare a presentar algún incidente con los trabajadores de la empresa dentro de las instalaciones del contratista. | X | | | -Cumple |
| G | Mantener el valor presentado en la propuesta económica hasta el término de la vigencia del contrato | X | | | -Cumple |
| H | . Cumplir oportunamente con los servicios de apoyo logístico requerido de acuerdo a los requerimientos que realice el supervisor. | X | | | -Cumple |
| | Presentar para efectos de pago o desembolso, certificado que acredite el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas de salud, riesgos profesionales y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, | X | | | -Cumple |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | cuando a ello haya lugar, expedido por el revisor fiscal, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal, o del impuesto sobre la renta para la equidad, CREE. | | | | |
| | Presentar informe con la factura realizada durante el periodo y valor del mismo, como también un registro fotográfico en las que se evidencie las personas que disfrutaron de los servicios de apoyo logístico. | X | | | -Cumple |
| | Las demás que contribuyan a garantizar el cumplimiento del contrato y las que por su naturaleza le sean atribuciones conforme al objeto y alcance de este. | X | | | -Cumple |

| | |
|---|---|
| EJECUCIÓN FÍSICA DEL CONTRATO | 100% |

## 3. VERIFICACIÓN DEL GRADO DE EJECUCIÓN FINANCIERA

| | | |
|---|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO*(A)=(F+H)* | $10.710.000 | 100% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO DE ANTICIPO *(B)* | $ | % | dd/mm/aaaa |
| PAGO ANTICIPADO *(C)* | $ | % | dd/mm/aaaa |
| PAGOS PARCIALES *(D)*[v] | $ | % | dd/mm/aaaa |
| PAGO FINAL *(E)* | $ | % | dd/mm/aaaa |
| TOTAL PAGADO *(F)=(B+C+D+E)* | $ | % | |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR EJECUTADO *(G)* | $10.710.000 | 100% |
| VALOR A PAGAR *(H)=(G-F)* | $10.710.000 | 100% |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR NO EJECUTADO *(I)=(A-G)* | $ | % |

## 4. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES

*En cumplimiento de la Cláusula quinta de la forma de pago del contrato en referencia, el contratista tiene derecho al pago del periodo comprendido para el 26 de julio del año 2024, en el monto indicado.*

## 5. ANEXOS

- *Copia del pago de la seguridad social*
- Cuenta de cobro
- Informe de actividades
- Acta de inicio
- Aceptación de oferta
- RP
- CDP
- Certificación Bancaria
- Rut
- Pólizas
-

## 6. FIRMAS

**SUPERVISOR**

Nombre: MICHAEL STEVEN ACERO PARRA
C.C.: 1.010.227.101, Bogotá D.C,
Cargo: Secretario Administrativo del Municipio de San Vicente del Caguán