***Nota: (Diligenciar los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)***

| | |
|---|---|
| **Informe de Supervisión No:** | 5 |
| **Contrato No:** | 202400955 |

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | EDISON JAVIER CABRERA GOMEZ | | |
| **Identificación:** | CC 1042430942 | | |
| **Tipo de Contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| **Nombre del Supervisor:** | NELSON OQUENDO CONSUEGRA | | |
| **Objeto del Contrato:** | *Prestación de servicios de apoyo a la gestión para acompañar el desarrollo de los distintos programas, actividades operativas y misionales de la subsecretaria de prevención y atención de desastres del departamento del atlántico*. | | |
| **Plazo de Ejecución:** | *El plazo para la ejecución del contrato será de Seis (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución* | | |
| **Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)** | **202400610** | **Fecha de C.D.P.** | 2024 / 03 / 07 |
| **Número de Registro Presupuestal (R.P.)** | **202402697** | **Fecha del R.P.** | 2024 / 05 / 30 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato** | **Contrato Inicial** | $ 18.000.000 |
| | **Adición 1** | $ |
| | **Adición 2** | $ |
| | **Adición 3** | $ |
| | **Total** | $ 18.000.000 |

| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión del contrato | Fecha de reinicio |
|---|---|---|---|
| 30-05-2024 | 29-11-2024 | | |

### 1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

(**Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)**

| DOCUMENTO | FECHA SUSCRIPCION AAA/MM/DD | PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días) | ADICIÓN VALOR ($) | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (según se establezcan en el Contrato)

***Nota: Aplica solo para Informes de supervisión de Bienes y suministros.***

| Aseguradora | No de Póliza | Actualización de Póliza (En caso que aplique) | Amparos | Vigencia | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desde (yyyy-mm-dd) | Hasta (yyyy-mm-dd) |
| | | | Calidad del servicio | | |
| | | | Cumplimiento | | |
| | | | Anticipo | | |
| | | | Pago anticipado | | |
| | | | Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados | | |
| | | | Salarios y prestaciones | | |
| | | | Responsabilidad Civil Extracontractual | | |
| | | | Otros | | |

**3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)**

| DESCRIPCIÓN | | VALOR |
|---|---|---|
| **Valor del Contrato Inicial** | | **$**18.000.000 |
| **Adición No. 1** | | **$** |
| **Adición No. 2** | | **$** |
| **Adición No. 3** | | **$** |
| **Valor Total del contrato** | | **$**18.000.000 |
| **Porcentaje del Anticipo** | **%** | **$** |
| **Porcentaje del Pago anticipado** | **%** | **$** |
| **Valor Amortizado del Anticipo** | | **$** |
| **Valor Ejecutado del Contrato** | | **$ 15.000.000** |
| **Valor por ejecutar** | | **$ 3.000.000** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 3.000.000** |
| **No. Factura o Cuenta de Cobro** | | **05** |

**4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO**

**4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 30 DE SEPTIEMBRE AL 29 DE OCTUBRE DE 2024.**

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

| **Detalle de las Actividades Realizadas-** | |
|---|---|
| **Obligación** | **Producto** |
| Apoyar a la Subsecretaría de Prevención y Atención de Desastres de la Gobernación del Atlántico en el desarrollo de las políticas, estrategias, planes, programas, proyectos, procedimientos, campañas, activaciones pedagógicas, oficios, circulares, comunicaciones y planes de trabajo que corresponda misionalmente desarrollar a la Subsecretaría de Prevención y Atención de Desastres de la Gobernación del Atlántico. | Lleve a cabo visitas a diversos municipios con el equipo técnico para planificar y coordinar proyectos, campañas y planes de trabajo. Durante estas visitas, se realizaron evaluaciones detalladas y se identificaron las principales problemáticas y puntos críticos en cada localidad |
| Apoyar a la Subsecretaria de Prevención y Atención de Desastres en la atención de emergencias y desastres en el Departamento del Atlántico | Durante este periodo, estuve atento y preparado para responder a cualquier emergencia que pudiera surgir. En particular, debido al impacto del fenómeno de El Niño, se coordinó y aumentó la frecuencia de entrega de agua para mitigar sus efectos. |
| Brindar acompañamiento en la articulación y coordinación de las diferentes autoridades que hacen parte del sistema de Gestión del riesgo y atención de desastres del Departamento del Atlántico. | Realice visitas con las autoridades de Gestión de Riesgo de los municipios para identificar posibles amenazas en diversos frentes, considerando las condiciones climáticas adversas. |
| Asistir a las reuniones convocadas por el Subsecretario de Prevención y Atención de Desastres de la Gobernación del Atlántico. | Asistí a capacitación, inducciones y reuniones generales que se convocaban semanalmente y participe activamente de ellas |
| Todas las demás que se deriven de la naturaleza del contrato que se requieran para el desarrollo de las actividades misionales de la Gobernación del Departamento del Atlántico, en especial las de la Subsecretaría de Prevención y Atención de Desastres | Se cumplieron todas las obligaciones, especificaciones y actividades indicadas en el estudio previo, así como aquellas que se derivan de la esencia y naturaleza del contrato. Esto incluye, pero no se limita a, la ejecución de tareas adicionales que surgieran durante el curso del contrato y que fueran necesarias para asegurar el cumplimiento integral de los objetivos contractuales. |

***NOTA: Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.***

**5. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO**

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

***(En caso contrario describir la situación y las acciones de la supervisión)***

**6. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN.**

a) Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
b) Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
c) Verificación del pago de Estampillas
d) Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
e) Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
f) Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
g) Trámite de reconocimiento y pago de honorarios ante la Oficina de Contabilidad

Y todas las demás obligaciones del contrato establecidas en los Estudios Previos, Anexos, y el Manual de Contratación.

**7. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).**

**NELSON OQUENDO CONSUEGRA** quien actúa en nombre y representación del Departamento del Atlántico, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el Estudio previo, y verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla , certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

7.1 **ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)**

| Número de la Cuenta de Cobro | Número de la Planilla | Fecha de Pago Planilla | Valor Total de la Planilla (sin intereses) |
|---|---|---|---|
| 01 | 9469793275 | 10/07/2024 | $14.100 |
| 01 | 9469793406 | 10/07/2024 | $402.200 |
| 02 | 9470374647 | 01/08/2024 | $402.200 |
| 03 | 9471465685 | 20/08/2024 | $402.200 |
| 04 | 9471773442 | 11/10/2024 | $402.900 |
| 05 | 9476262052 | 29/10/2024 | $402.200 |
| | SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS | | $2.025.800 |

**(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)**

*NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.*

Se firma en Barranquilla, a los **29** días del mes de **octubre** de **2024**.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**C.C.: (1.129.565.448) de (Barranquilla**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.: (1.042.430.942) de (Soledad)**