ALCALDÍA DE NOBSA	FORMATO	VERSIÓN:1
INFORME SUPERVISOR		CÓDIGO: A-GC-F-004 FECHA: 24/10/2024

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR: María Camila Hillon Villamil		**CARGO DEL SUPERVISOR:** Directora técnico Unidad Administrativa de gestión de riesgo y cambio climático	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: JUNTA DE DEFENSA CIVIL NOBSA R.L. JOSE NORBERTO BARRERA PERICO		**CONTRATO No.** MN-CONV-002- 2024	
Objeto: AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, OPERATIVOS Y FINANCIEROS PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO DE RESPUESTA EN SOCORRO Y PRIMEROS AUXILIOS, ATENCIÓN DE EMERGENCIA, SITUACIÓN DE CALAMIDAD PÚBLICA Y DESASTRES QUE SE PRESENTEN EN JURISDICCIÓN DEL MUNICIPIO DE NOBSA.			
Fecha Inicio: **18/04/2024** Fecha terminación: **30/12/2024**	Informe No: **07**	Periodo del Informe: **18/10/2024 al 17/11/2024**	Fecha Informe: **28/11/2024**

En mi calidad de supervisor del contrato mencionado, hago constar que:

I. ESTADO ACTUAL DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO:

El estado financiero del contrato actualmente es el siguiente:

BALANCE DE PAGO		
CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	$ 120.000.000,00	$
Amortización Anticipo	$	$
Valor a pagar de la presente acta	$	$ 14.218.000,00
Valor Total actas pagadas	$	$ 85.308.000,00
Saldo por ejecutar	$	$ 20.218.000,00
Sumas iguales	$ 120.000.000,00	$ 120.000.000,00

II. VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

Se corroborado la veracidad de las planillas aportadas por el (a) contratista, así como los respectivos montos de pago, con cargo al contrato suscrito con el Municipio de Nobsa, a saber:

Exentos pagos parafiscales de acuerdo articulo 9 ley 1505 de 2012, Los voluntarios activos de la Defensa Civil Colombiana, así como sus parientes dentro del primer grado de consanguinidad o civil, y su cónyuge compañero o compañera permanente, serán afiliados al régimen subsidiado en salud de forma prioritaria; salvo que sean cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y adicionalmente a través de la Dirección de Gestión del Riesgo del Ministerio del Interior y de Justicia serán afiliados al Régimen de Riesgos Profesionales (ARP) y gozarán de todos sus beneficios. (anexo Certificado Contadora Pública)

MES	No. Planilla	Fecha de Pago
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

Escaneado con CamScanner

III. GARANTÍAS DEL CONTRATO (este aparte solo aplica cuando se está rindiendo el informe final de supervisión):

Que la Póliza de Cumplimiento No. 51-46-101018081, Póliza de Responsabilidad civil contractual No. 51-54-101002368 emitida por la Compañía Aseguradora SEGUROS DEL ESTADO S.A, ampara el contrato estatal en mención, las cuales fueron aprobadas por el Municipio mediante ante Acta No. 095 de fecha 18 de abril de 2024, con los siguientes amparos:

Amparos	Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Valor Asegurado
Cumplimiento	2024/04/10	2025/04/30	$ 12.000.000,00
Calidad	2024/04/10	2025/04/30	$ 12.000.000,00

* Cuando existan más amparos adicionarlos.
* Cuando existan más pólizas que amparen adiciones, modificaciones o prorrogas registrar adicionarlas.

Ampliación de Garantías del Contrato (cuando aplique):

La Póliza de Cumplimiento No. N.A emitida por la Compañía Aseguradora N.A, ampara el contrato estatal relacionado en el presente documento, fueron aprobadas por el Municipio en la plataforma SECOP II, el día N.A, con los siguientes amparos:

Amparos	Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Valor Asegurado
Cumplimiento			
Calidad			

* Cuando existan más amparos adicionarlos.
* Cuando existan más pólizas que amparen adiciones, modificaciones o prorrogas registrar adicionarlas.

IV. CERTIFICACIÓN:

En mi calidad de supervisor del Contrato de Prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe del periodo comprendido entre el **18 de octubre del 2024 al 17 de noviembre del 2024** con los respectivos soportes, los cuales, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP II de los informes de supervisión ya aprobados, razón por la cual autorizo el pago por concepto de honorarios.

Cordialmente,

Nombre:
Ing. MARIA CAMILA HILLON VILLAMIL
Supervisor

Escaneado con CamScanner