INSTITUTO NACIONAL DE VÍAS
PROCESO MISIONAL EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PUBLICA
PERSONAL, CONTROL APORTES LEGALES Y SEGURIDAD SOCIAL CONTRATO DE OBRA

| | |
|---|---|
| CÓDIGO | MEPI-MN1-IN-15-FR-6 |
| VERSIÓN | 1 |
| PÁGINA | 1 DE 1 |
| FECHA | 05/octubre/2024 (Día / Mes / Año) |

**UNIDAD EJECUTORA:** TERRITORIAL CASANARE **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CASANARE

**CONTRATO DE OBRA No:** 3449 DE 2024 **CONTRATISTA:** SERVIAIRES JM SAS

**MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL:** sep-24 **PROYECTO:** ADECUACIÓN EN EL EDIFICIO SEDE DEL INVIAS EN LA TERRITORIAL CASANARE MEDIANTE EL MANTENIMIENTO DE AIRES ACONDICIONADOS, UPS Y PLANTA ELECTRICA

**CONTRATO DE INTERVENTORÍA No:** N/A **INTERVENTOR:** N/A

**NOMBRE ARL:** SURA **NOMBRE CAJA DE COMPENSACIÓN:** CONFACASANARE

**VERIFICACIÓN PERSONAL, DOCUMENTACIÓN APORTES LEGALES Y SEGURIDAD SOCIAL**

| No. | Nombres y Apellidos | C.C. | Cargo | Salarios | Días del Mes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Razón Social del Responsable del Pago (Ver nota 5) | Índice Base de Cotización (IBC) | 1. SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | PARAFISCALES | | | Observaciones (Indicar novedades de vacaciones, incapacidad, retiros, licencias, entre otros) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | Valor Cotizado ARL | Clase de Riesgo (De I a V) | Nombre EPS | No. Planilla | Valor Cotizado EPS | Nombre Administradora de Fondos de Pensiones | No. Planilla | Valor Cotizado Pensión | Valor Caja de Compensación | Valor SENA | Valor ICBF | |
| 1 | JUAN MAURICIO UNDA | 1.118.556.562 | EMPLEADO | $ 1.300.000 | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | SERVIAIRES JM SAS | $ 1.300.000 | $ 90.480 | V | SANITAS | 7937085537 | $ 52.000 | COLPENSIONES | 7937085537 | $ 208.000 | $ 52.000 | $ - | $ - | |
| 2 | YANNY JURADO | 1.123.434.085 | EMPLEADO | $ 1.300.000 | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | SERVIAIRES JM SAS | $ 1.300.000 | $ 90.480 | V | SANITAS | 7937085537 | $ 52.000 | PORVENIR | 7937085537 | $ 208.000 | $ 52.000 | $ - | $ - | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES DE LA INTERVENTORÍA Numeral 4, disponibilidad del personal requerido:**

El contratista adiunta la certificación de fecha 5 de octubre de 2024 a la que se refiere la nota 8 del presente formato.

**NOTAS:**
1. Es responsabilidad de la Interventoría verificar que el personal profesional este debidamente aprobado y se cumpla con la dedicación contractual.
2. Es responsabilidad de la Interventoría relacionar todo el personal utilizado durante el mes para la ejecución del contrato incluida mano de obra calificada y no calificada y diligenciar la casilla "Observaciones".
3. En el evento en que el Contratista no cumpla con la dedicación del personal profesional establecido contractualmente, el Interventor debe indicar en la casilla "Observaciones" las acciones que adelanta o adelantará tendientes a lograr el cumplimiento de esta obligación.
4. El contratista es el responsable de la afiliación y pago de los aportes al sistema de la seguridad social y contribuciones parafiscales de los empleados a su cargo vinculados por contrato laboral y asociados a la ejecución del contrato. Cuando se trate de Consorcio o Unión Temporal, debe indicarse el integrante que realiza los pagos. Los pagos pueden ser realizados por el Contratista o por uno de los integrantes del Contratista en el caso de Consorcio o Unión Temporal; los cuales deben corresponder con la información consignada en la nómina electrónica cuando aplique.
5. En el evento en que el pago de los aportes se efectue por uno de los integrantes del Consorcio o Unión Temporal, debe indicarse el nombre del integrante que efectua los pagos.
6. El Interventor es el responsable de la verificación del pago de los Aportes Legales y Seguridad Social del personal vinculado al Contrato de Obra, así como el cumplimiento por parte del contratista de la normatividad vigente en relación con la nómina electrónica cuando aplique.
7. El Contratista es el responsable de verificar que sus contratistas de prestación de servicios asociados a la ejecución de la obra, cumplan con sus obligaciones con el sistema de la seguridad social, para lo cual debe presentar a la Interventoría la certificación suscrita por el Representante Legal o Revisor Fiscal según el caso en la cual se relacionen los nombres de los contratistas de prestación de servicios, el monto correspondiente a los pagos de seguridad social de cada uno de conformidad con la normatividad vigente y la entidad prestadora del servicio.
8. El Interventor debe señalar con un (*) a continuación del nombre, el personal vinculado por contrato de prestación de servicios. Así mismo debe diligenciar la dedicación en los días que prestó el servicio.

Firma
**HEMLLEL KARINA MARTINEZ MONSALVE**
REPRESENTANTE LEGAL:
SERVIAIRES JM SAS
NIT: 901.452.212-2

Firma
**MANUEL FRANCISCO BALLESTEROS SALCEDO**
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Matricula Profesional Nº 25202 -77804 CND

Original: Informe mensual de Interventoría. Archivo de Gestión del INVIAS.
Copias: Interventor, Dirección Territorial.

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901452212 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SERVIAIRES JM |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | YOPAL | DEPARTAMENTO: | CASANARE |
| DIRECCIÓN: | CLL 46 B # 8-34 | TELÉFONO: | 6327742 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Instalaciones de fontanería, calefacción y aire a |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 03 - EMPLEADO |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7937085537** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES agosto | AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre | AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/09/03 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 887655584 | | |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 2 | $ 416.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 416.000 | $ 0 | $ 416.000 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 832.000** | **$ 0** | **$ 832.000** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPSC25 | EPSC25-CAPRESOCA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.600 | $ 0 | $ 0 | $ 162.600 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 4 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 370.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 370.600** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 5 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 200.700 | $ 200.700 | $ 0 | $ 0 | $ 200.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 200.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 200.700** |

## TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF69 | CCF69-COMFACASANARE | 4 | $ 182.000 | $ 0 | $ 182.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 182.000** | **$ 0** | **$ 182.000** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901452212 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SERVIAIRES JM |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | YOPAL | DEPARTAMENTO: | CASANARE |
| DIRECCIÓN: | CLL 46 B # 8-34 | TELÉFONO: | 6327742 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Instalaciones de fontanería, calefacción y aire a |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 03 - EMPLEADO |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **7937085537** | TIPO DE PLANILLA: | | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | agosto | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | septiembre | AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/09/03 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 887655584 | | |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 1.585.300** |

Planilla Pagada
Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901452212 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SERVIAIRES JM |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | YOPAL | DEPARTAMENTO: | CASANARE |
| DIRECCIÓN: | CLL 46 B # 8-34 | TELÉFONO: | 6327742 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Instalaciones de fontanería, calefacción y aire a |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 01 - EMPLEADOS ADICIONALES |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **7936579560** | TIPO DE PLANILLA: | K-ESTUDIANTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | septiembre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/09/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 887689012 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 31.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 31.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 31.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1047464712 | SOSA DE LA CRUZ JEFFERSON | ESTUDIANTES DEC.055/2015 | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 901452212 | $ 31.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL** **$ 31.700**

Planilla Pagada

| | INSTITUTO NACIONAL DE VÍAS<br>PROCESO MISIONAL EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE<br>MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA<br>SEGUIMIENTO GARANTÍAS Y SEGUROS CONTRATO DE OBRA | CÓDIGO | MEPI-MN1-IN-15-FR-12 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | PÁGINA | |

FECHA: 05 (Día) octubre (Mes) 2024 (Año)

**UNIDAD EJECUTORA:** TERRITORIAL CASANARE **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CASANARE

**CONTRATO DE OBRA No.** 3449 DE 2024 **CONTRATISTA:** SERVIAIRES JM SAS

**OBJETO DEL CONTRATO:**

ADECUACIÓN EN EL EDIFICIO SEDE DEL INVIAS EN LA TERRITORIAL CASANARE MEDIANTE EL MANTENIMIENTO DE AIRES ACONDICIONADOS, UPS Y PLANTA ELECTRICA

**FECHA DE INICIO:** 23/septiembre/2024

**PLAZO INICIAL:** Dos (2) meses

**FECHA DE VENCIMIENTO ACTUAL:** 22 de noviembre de 2024 (Incluye prórrogas y suspensiones)

**VALOR INICIAL:** $ 2.581.229,00

**VALOR ACUMULADO:** $ 2.581.229,00 (Incluye adiciones)

**VALOR INICIAL ÍTEM ESTUDIOS Y DISEÑOS:** N.A.

**VALOR ACUMULADO ÍTEM ESTUDIOS Y DISEÑOS:** N.A.

**CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.** N/A **INTERVENTOR:** N/A

## GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EXIGIDA SEGÚN CONTRATO PRINCIPAL

| Amparo | % Amparo | Valor Asegurado ($) | VIGENCIA Desde | | | Hasta | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cumplimiento | 10% | $ 258.122,90 | 11 | 9 | 2024 | 15 | 5 | 2025 |
| Buen manejo y correcta inversión del anticipo | N/A | | | | | | | |
| Pago de Salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones | 20% | $ 516.245,80 | 11 | 9 | 2024 | 14 | 11 | 2027 |
| Calidad del servicio | 10% | $ 258.122,90 | 11 | 9 | 2024 | 14 | 11 | 2025 |
| Calidad y correcto funcionamiento de los bienes | | $ - | | | | | | |

**GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO No.** COQ-100003774

**Certificado de modificación o anexo No.:** 2
(Señalar el último certificado de modificación o anexo aprobado por el Instituto correspondiente a las condiciones iniciales del contrato)

**Razón Social Compañía Aseguradora:** SEGUROS MUNDIAL

**Fecha de aprobación de la garantía en la plataforma del SECOP:** 19/09/2024

## SEGUROS EXIGIDOS SEGÚN CONTRATO PRINCIPAL

| Seguro | % Asegurado | Valor Asegurado ($) | VIGENCIA Desde | | | Hasta | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsabilidad Civil Extracontractual (RCE) | | | | | | | | |
| PREDIO LABORES Y OPERACIONES | 10% MIUNIMO DE LA PERDIDA | $ 260.000.000,00 | 30 | 8 | 2024 | 11 | 11 | 2024 |
| CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS | 10% MIUNIMO DE LA PERDIDA | $ 260.000.000,00 | 30 | 8 | 2024 | 11 | 11 | 2024 |
| Otros | | | | | | | | |

**PÓLIZA DE SEGURO RCE No.** COQ-100000930 **OTRAS PÓLIZAS No.**

**Certificado de modificación o anexo No.:** 1
(Señalar el último certificado de modificación o anexo aprobado por el Instituto correspondiente a las condiciones iniciales del contrato)

**Razón Social Compañía Aseguradora:**

**Fecha de aprobación del seguro en la plataforma del SECOP:** 19/09/2024

| | INSTITUTO NACIONAL DE VÍAS<br>PROCESO MISIONAL EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE<br>MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA<br>SEGUIMIENTO GARANTÍAS Y SEGUROS CONTRATO DE OBRA | CÓDIGO | MEPI-MN1-IN-15-FR-12 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | PÁGINA | |

| FECHA | 05 | octubre | 2024 |
|---|---|---|---|
| | (Día) | (Mes) | (Año) |

## GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO INCLUYENDO ADICIONES, MODIFICACIONES, PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES

A continuación indicar los amparos y vigencias de los certificados de modificación o anexos aprobados por el Instituto en su orden consecutivo.

**ADICIONAL No.:** ..... **PRÓRROGA No.:** .....  **MODIFICACIÓN No.:** ..... **SUSPENSIÓN No.:** .....

| Amparo | % Amparo | Valor Asegurado ($) | VIGENCIA Desde | VIGENCIA Hasta |
|---|---|---|---|---|
| Cumplimiento | | | | |
| Buen manejo y correcta inversión del anticipo | | | | |
| Pago de Salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones | | | | |
| Calidad de Estudios y Diseños | | | | |
| Estabilidad y/o Calidad de Obra | | | | |

**GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO No.** .....

**Certificado de modificación o anexo No.:** .....
(Señalar certificado de modificación o anexo aprobado por el Instituto)

**Razón Social Compañía Aseguradora:** .....

**Fecha de aprobación de la garantía en la plataforma del SECOP:** .....

## SEGUROS EXIGIDOS INCLUYENDO ADICIONES, MODIFICACIONES, PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES

A continuación indicar los amparos y vigencias de los certificados de modificación o anexos aprobados por el Instituto en su orden consecutivo.

**ADICIONAL No.:** ..... **PRÓRROGA No.:** .....  **MODIFICACIÓN No.:** ..... **SUSPENSIÓN No.:** .....

| Seguro | % Asegurado | Valor Asegurado ($) | VIGENCIA Desde | VIGENCIA Hasta |
|---|---|---|---|---|
| Responsabilidad Civil Extracontractual (RCE) | | | | |
| Otros | | | | |

**PÓLIZA DE SEGURO RCE No.** .....  **OTRAS PÓLIZAS No.** .....

**Certificado de modificación o anexo No.** .....
(Señalar certificado de modificación o anexo aprobado por el Instituto)

**Razón Social Compañía Aseguradora:** .....

**Fecha de aprobación del seguro en la plataforma del SECOP:** .....

**OBSERVACIONES:**

SE MODIFICAN LAS GARANTIAS CON LA FECHA DE LA ORDEN DE INICIO

**NOTAS:**

1. El formato debe diligenciarse de manera consecutiva para cada uno de los certificados o anexos de modificación de las garantías y seguros aprobados por el Instituto.

2. El Interventor debe incluir en este formato de manera consecutiva la información para cada uno de los certificados o anexos de modificación de las garantías y/o seguros aprobados por el Instituto (Insertar las casillas que se requieran).

Firma _____

**MANUEL FRANCISCO BALLESTEROS SALCEDO**
SUPERVISOR DEL CONTRATO

M.P. Matricula Profesional Nº 25202 -77804 CND

Original: Informe mensual de Interventoría. Archivo de Gestión del INVIAS.
Copias: Interventor y Dirección Territorial.

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

**Código de Seguridad:** iHnidzuSwOFUjJNqh8ikVA==

**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

**TRASLADO DE VIGENCIA DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO**

**ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082**

**VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I**

| No. PÓLIZA | COQ-100003774 | No. ANEXO | 2 | No. CERTIFICADO | 680003344 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 18/09/2024 | SUC. EXPEDIDORA | CEN ORINOQUIA |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 11/09/2024 | 24:00 Horas Del | 14/11/2027 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | SERVIAIRES JM SAS | **No. DOC. IDENTIDAD** | 901.452.212-2 |
| **DIRECCIÓN** | CALLE 46B N 8-34 | **TELÉFONO** | 3214145291 |
| **ASEGURADO** | INSTITUTO NACIONAL DE VIAS - INVIAS | **No. DOC. IDENTIDAD** | 800.215.807-2 |
| **DIRECCIÓN** | CL 40 21 295 | **TELÉFONO** | 3770600 |
| **BENEFICIARIO** | INSTITUTO NACIONAL DE VIAS - INVIAS | **No. DOC. IDENTIDAD** | 800.215.807-2 |
| **DIRECCIÓN** | CL 40 21 295 | **TELÉFONO** | 3770600 |

## OBJETO DE CONTRATO

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE AJUSTAN LAS VIGENCIAS DE LA POLIZA ARRIBA CITADA DE CONFORMIDAD CON ACEPTACIÓN DEL CONTRATO 3449-2024 DE FECHA 11/09/2024.
TODO LO DEMAS NO SE MODIFICA CONTINUA VIGENTE..

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.3449 DE 2024 , CUYO OBJETO ES

ADECUACIÓN EN EL EDIFICIO SEDE DEL INVIAS EN LA TERRITORIAL CASANARE MEDIANTE EL MANTENIMIENTO DE AIRES ACONDICIONADOS, UPS Y PLANTA ELECTRICA

| NOMBRE DEL AMPARO | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA$ | VALOR PRIMA$ |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 00:00 Horas Del 11/09/2024 | 24:00 Horas Del 15/05/2025 | 258.122,90 | 6.666,67 |
| PRESTACIONES SOCIALES | 00:00 Horas Del 11/09/2024 | 24:00 Horas Del 14/11/2027 | 516.245,80 | 6.666,67 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | 00:00 Horas Del 11/09/2024 | 24:00 Horas Del 14/11/2025 | 258.122,90 | 6.666,67 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | TOTAL ASEGURADO | $ 1.032.491,60 | |

| INTERMEDIARIOS | TIPO | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|
| SEGUROS DEL ORIENTE LTDA | AGENCIAS | 100,00 |
| | | |

**DISTRIBUCIÓN COASEGURO**

| COMPAÑÍA | TIPO COASEGURO | PÓLIZA LÍDER | CERTIF. LÍDER | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **PRIMA BRUTA** | $ | 20.000,01 |
| **DESCUENTOS** | $ | |
| **EXTRA PRIMA** | | |
| **PRIMA NETA** | $ | 20.000,01 |
| **GASTOS EXP.** | $ | 5.000,00 |
| **IVA** | $ | 4.750,00 |
| **TOTAL A PAGAR** | $ | 29.750,01 |

| CONVENIO DE PAGO | DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 18/09/2024 |
|---|---|

## CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LÍNEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

**TRASLADO DE VIGENCIA DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO**

**ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082**

**VERSION CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I**

| No. PÓLIZA | COQ-100003774 | No. ANEXO | 2 | No. CERTIFICADO | 680003344 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 18/09/2024 | SUC. EXPEDIDORA | CEN ORINOQUIA |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 11/09/2024 | 24:00 Horas Del | 14/11/2027 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

## CONDICIONES PARTICULARES

---

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:
Página web: www.segurosmundial.com.co
Correo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co
Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

seguros mundial®
tu compañía siempre
NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

## LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

## CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **COQ-100003774** y endoso, **2** cuyo afianzado es: **SERVIAIRES JM SAS** Asegurado o Beneficiario: **INSTITUTO NACIONAL DE VIAS - INVIAS / INSTITUTO NACIONAL DE VIAS - INVIAS** , expedida por la Compañía en **18/09/2024,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

**CEN ORINOQUIA** a los **18** días del mes **SEPTIEMBRE** del año **2024.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

**Código de Seguridad:** K4Znwiuz4ap0tFAgOr8mvA==

**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

**ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE**

**RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL**

**VERSIÓN CLAUSULADO 30-03-2021-1317-P-06-PPSUS8R000000027-D00I**

| No. PÓLIZA | COQ-100000930 | No. ANEXO | 1 | No. CERTIFICADO | 680003336 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 17/09/2024 | SUC. EXPEDIDORA | CEN ORINOQUIA |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 30/08/2024 | 24:00 Horas Del | 11/11/2024 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOMADOR | SERVIAIRES JM SAS | No. DOC. IDENTIDAD | 901.452.212-2 |
| DIRECCIÓN | CALLE 46B N 8-34 | TELÉFONO | 3214145291 |
| ASEGURADO | SERVIAIRES JM SAS | No. DOC. IDENTIDAD | 901.452.212-2 |
| DIRECCIÓN | CALLE 46B N 8-34 | TELÉFONO | 3214145291 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | No. DOC. IDENTIDAD | |
| DIRECCIÓN | | TELÉFONO | |

## OBJETO DE CONTRATO

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE AJUSTAN LAS VIGENCIAS DE LA POLIZA ARRIBA CITADA DE CONFORMIDAD CON ACEPTACIÓN DEL CONTRATO 3449-2024 DE FECHA 11/09/2024.
TODO LO DEMAS NO SE MODIFICA CONTINUA VIGENTE..

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL POR DAÑOS A TERCEROS IMPUTABLE AL CONTRATISTA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NO.3449 DE 2024 , CUYO OBJETO ES

ADECUACIÓN EN EL EDIFICIO SEDE DEL INVIAS EN LA TERRITORIAL CASANARE MEDIANTE EL MANTENIMIENTO DE AIRES ACONDICIONADOS, UPS Y PLANTA ELECTRICA. , - ASEGURADO ADICIONAL: SE TENDRÁ A INSTITUTO NACIONAL DE VIAS - INVIAS COMO ASEGURADO ADICIONAL, SIEMPRE Y CUANDO SE LIMITE A LAS INDEMNIZACIONES QUE SE VEA OBLIGADO A PAGAR EN FAVOR DE TERCEROS POR LOS DAÑOS CAUSADOS ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL

| NOMBRE DEL AMPARO | LIMITE POR EVENTO | LIMITE POR VIGENCIA | SUMA ASEGURADA$ | VALOR PRIMA$ |
|---|---|---|---|---|
| AMPARO BASICO - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES | 260.000.000,00 | 260.000.000,00 | 260.000.000,00 | 129.253,00 |
| PATRONAL | 260.000.000,00 | 260.000.000,00 | 260.000.000,00 | 0,00 |
| CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS | 260.000.000,00 | 260.000.000,00 | 260.000.000,00 | 0,00 |
| VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS | 260.000.000,00 | 260.000.000,00 | 260.000.000,00 | 0,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | TOTAL ASEGURADO | $ 260.000.000,00 | |

| INTERMEDIARIOS | TIPO | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|
| SEGUROS DEL ORIENTE LTDA | AGENCIAS | 100,00 |
| | | |

**DISTRIBUCIÓN COASEGURO**

| COMPAÑÍA | TIPO COASEGURO | PÓLIZA LÍDER | CERTIF. LÍDER | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| PRIMA BRUTA | $ | 129.253,00 |
| DESCUENTOS | $ | |
| EXTRA PRIMA | | |
| PRIMA NETA | $ | 129.253,00 |
| GASTOS EXP. | $ | 0,00 |
| IVA | $ | 24.558,00 |
| TOTAL A PAGAR | $ | 153.811,00 |

| CONVENIO DE PAGO | DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 02/11/2024 |
|---|---|

## CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LÍNEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.



AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

**ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE**

**RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL**

**VERSION CLAUSULADO 30-03-2021-1317-P-06-PPSUS8R000000027-D00I**

| No. PÓLIZA | COQ-100000930 | No. ANEXO | 1 | No. CERTIFICADO | 680003336 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 17/09/2024 | SUC. EXPEDIDORA | CEN ORINOQUIA |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 30/08/2024 | 24:00 Horas Del | 11/11/2024 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

## CONDICIONES PARTICULARES

CONTRATISTA SERVIAIRES JM SAS, EN ESTE SENTIDO SE EXCLUYE LA R.C. PROPIA E INDEPENDIENTE DE INSTITUTO NACIONAL DE VIAS - INVIAS BENEFICIARIO ADICIONAL : ADICIONALMENTE, SE TENDRÁ A INSTITUTO NACIONAL DE VIAS - INVIAS COMO BENEFICIARIO SI, PARA EFECTOS DEL SINIESTRO, PUEDE SER CONSIDERADO COMO UN TERCERO. EN ESTE SENTIDO, SE EXCLUYE CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE NATURALEZA CONTRACTUAL

DEDUCIBLES:

| AMPARO | DEDUCIBLES |
|---|---|
| AMPARO BASICO - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES | 10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 2.00 SMMLV |
| PATRONAL | 10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 2.00 SMMLV |
| CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS | 10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 2.00 SMMLV |
| VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS | 10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 2.00 SMMLV |

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:
Página web: www.segurosmundial.com.co
Correo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co
Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.



AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

**RECIBO ELECTRONICO No.** 1037423414

**NIT: 860.037.013-6** **CIUDAD Y FECHA:** YOPAL 18/09/2024 10:17:07 a.m.

**VALOR TOTAL:** $153.811,00

**RECIBO DE:** SERVIAIRES JM SAS

**NUMERO DE IDENTIFICACION:** 901452212

**POR CONCEPTO DE:** PAGO ELECTRONICO DE PRIMAS

**FORMA DE PAGO:**

| Medio De Pago | No. De Documento | No. Autorización | Entidad | Valor |
|---|---|---|---|---|
| P.S.E. | 20249901058303 | 921832791 | BANCOLOMBIA | 153.811,00 |

**OBSERVACIONES:** Ramo: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL Póliza(s): 100000930 Certificado(s): 680003336;

**FIRMA AUTORIZADA**



**CAJA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS**

**DIRECCIÓN IP:** 10.158.85.50 **CORREO:**

**TES-08N-05/2019**

## COMUNICACIÓN DE ACEPTACIÓN DE OFERTA No. 3449 DE 2024

El suscrito **JUAN GABRIEL RODRIGUEZ SOLANO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.094.267.357** de Pamplona – Norte de Santander, en calidad de Director Territorial Casanare (E) del Instituto Nacional de Vías, según Resolución de No. 2833 del 12 de julio de 2024, actuando en nombre y representación de **INSTITUTO NACIONAL DE VIAS – INVIAS**, debidamente facultado según Resolución No. 2922 del 16 de julio de 2024, informa a **HEMLLEL KARINA MARTÍNEZ MONSALVE** identificada con cedula No. **1.118.553.585** expedida en **YOPAL** - **CASANARE**, en su calidad de representante legal de la empresa **SERVIAIRES JM SAS** (en adelante el "contratista"), identificada con Nit. No. **901.452.212-2**, tal y como aparece en el Formato 1 – Carta de Presentación de la oferta, que se aceptan los términos y condiciones de la oferta presentada al proceso de selección de mínima cuantía No. **IP-DT-CAS-010-2024**.

El contrato se regirá por las Leyes 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011, 1882 de 2018, Decreto Ley 019 de 2012 y el Decreto 1082 de 2015, el Código Civil y de Comercio, las demás normas legales aplicables a la materia, y las siguientes condiciones:

**CLAUSULA PRIMERA. OBJETO:** El objeto del contrato es: **ADECUACIÓN EN EL EDIFICIO SEDE DEL INVIAS EN LA TERRITORIAL CASANARE MEDIANTE EL MANTENIMIENTO DE AIRES ACONDICIONADOS, UPS Y PLANTA ELECTRICA.**

**CLAUSULA SEGUNDA. OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD:** La entidad está obligada a: Cumplir con las condiciones establecidas en los Documentos del proceso de contratación. Pagar la remuneración por la ejecución de las actividades en los términos pactados en este documento.

**CLAUSULA TERCERA. RESPONSABILIDAD:** El contratista es responsable por el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato. Además, responderá por los daños generados a la entidad en la ejecución del contrato, causados por sus contratistas, empleados o sus subcontratistas.

**CLAUSULA CUARTA. VALOR:** El valor del contrato es por la suma de: **DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE PESOS ($2.581.229,00) M/CTE.,** equivalentes a **1.98** SMLMV para el año de aceptación de la oferta año **2024**, suma que se discrimina de la siguiente manera: valor básico **DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL CIEN PESOS ($2.169.100,00) M/CTE**.; valor del IVA: **CUATROCIENTOS DOCE MIL CIENTO VEINTINUEVE PESOS ($412.129,00) M/CTE.**

**CLAUSULA QUINTA. FORMA DE PAGO:** El INSTITUTO pagará al CONTRATISTA el valor del contrato mediante la presentación de actas mensuales, las cuales deben ser refrendadas por el Contratista y el Administrador Vial, anexando el seguimiento al Programa de Inversiones del correspondiente mes y la verificación del pago del período correspondiente de los aportes a seguridad social y parafiscales del personal vinculado laboralmente con el CONTRATISTA. La acreditación de estos aportes se requerirá para la realización de cada pago derivado del presente contrato, al tenor de lo dispuesto por el artículo 23 de la ley 1150 de 2007. Como requisito para la presentación de la última Acta, se debe anexar el Acta de entrega y recibo definitivo, debidamente firmada por los participantes.

El pago se efectuará dentro de los sesenta (60) días siguientes a la correcta presentación de los documentos requeridos para tal fin ante el Área de Cuentas por pagar de la Subdirección Financiera. Se entiende que la factura de cobro respectiva es presentada correctamente cuando cumpla con el lleno de

los requisitos exigidos por el INVIAS o hayan sido subsanadas las glosas formuladas por el área de Cuentas por Pagar de la Subdirección Financiera. Se establece como fecha de pago la fecha de consignación de los recursos en la respectiva cuenta bancaria de la entidad financiera, informada con anterioridad por EL CONTRATISTA. En el evento en que el INVIAS no efectúe el pago de la factura de cobro respectiva, pasados los sesenta (60) días para el pago, siempre y cuando se hayan presentado correctamente dichos documentos con el cumplimiento de los anteriores requisitos, deberá cancelar a EL CONTRATISTA un interés equivalente al interés legal civil, según el artículo 2.2.1.1.2.4.2 Decreto 1082 de 2015, por configurarse mora en el pago salvo que se trate la citada mora por circunstancias de PAC, caso en el cual el contratista no podrá cobrar los intereses aludidos.

En todo caso los pagos estarán sujetos a la disponibilidad de apropiaciones presupuestales del Instituto según el Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC).

**PARÁGRAFO 1: CUENTA BANCARIA.** - Para el pago de las Actas mensuales, El CONTRATISTA presentará certificación bancaria con la información necesaria para que el Grupo de Tesorería de la Subdirección Financiera del INSTITUTO abone los pagos en desarrollo de la ejecución del contrato.

**PARÁGRAFO 2: PAGO DE LAS ACTAS**. - Las actas de pago deberán presentarse en EL INSTITUTO, dentro de los cinco (5) días calendarios siguientes al mes de ejecución de las actividades. Así mismo, EL CONTRATISTA deberá radicar en la dependencia competente del INSTITUTO las correspondientes facturas de pago, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo de las actas debidamente aprobadas por EL INSTITUTO y el INTERVENTOR las pagará dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes a la fecha de radicación de las mismas, o a la fecha en que EL CONTRATISTA subsane las glosas que le formule EL INSTITUTO. Estas facturas con el sello de radicación debe subirlas al SECOP el contratista. Para el pago de la última cuenta deberá anexar el Acta de Recibo definitivo de la actividad. Si el Contratista no presenta la cuenta con sus soportes respectivos dentro de la vigencia fiscal correspondiente, no podrá hacer ninguna reclamación judicial o extrajudicial de actualizaciones, intereses o sobrecostos sobre el valor de la cuenta. En caso de mora en los pagos, EL INSTITUTO reconocerá al CONTRATISTA Un interés moratorio equivalente al interés legal civil vigente, siguiendo el procedimiento descrito en el artículo 2.2.1.1.2.4.2 del Decreto 1082 de 2015. En todo caso los anteriores pagos estarán sujetos a la disponibilidad de PAC.

De conformidad con lo establecido en la Resolución 3662 de 2007, si EL CONTRATISTA no presenta la facturación de las actas dentro de los términos establecidos en el contrato, se aplicará una sanción equivalente al 2.5% del valor del acta.

**CLAUSULA SEXTA. ANTICIPO Y/O PAGO ANTICIPADO:** La entidad no entregará al contratista anticipo ni pago anticipado

**CLAUSULA SEPTIMA. PLAZO DEL CONTRATO:** El plazo estimado para la ejecución del presente contrato es de **DOS (2) MESES**, contados a partir de **la orden de inicio** que impartirá el **Director Territorial Casanare**, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo y aprobación de los documentos previstos en la Invitación.

El plazo pactado será cumplido con sujeción a lo previsto en la Invitación.

**CLAUSULA OCTAVA. APROPIACIÓN PRESUPUESTAL:** El pago de la suma estipulada en esta comunicación se sujetará a la apropiación presupuestal correspondiente y específicamente al Certificado

de Disponibilidad Presupuestal No **166624** del 29/07/2024 expedido por la Subdirección Administrativa del INSTITUTO, así: a) Fuente **PROPIOS,** del recurso **20,** en la posición de catálogo **C-2499-0600-20-51102D-2499011-02**, se reservará la suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE PESOS ($2.581.229,00) M/CTE.,** suma que se discrimina de la siguiente manera: valor básico **DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL CIEN PESOS ($2.169.100,00) M/CTE**.; valor del IVA: **CUATROCIENTOS DOCE MIL CIENTO VEINTINUEVE PESOS ($412.129,00) M/CTE,** y también incluye todos los impuestos a que haya lugar y los costos directos e indirectos necesarios para la celebración, ejecución y liquidación del contrato.

**CLAUSULA NOVENA. SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA**: La supervisión será realizada por será ejercida por el Director Territorial de Casanare o el funcionario que designe.

**CLAUSULA DECIMA. GARANTÍAS**: Son parte del presente contrato las garantías señaladas en la Invitación y serán exigibles bajo las condiciones allí establecidas. **GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO.** Para cubrir cualquier hecho constitutivo de incumplimiento, EL CONTRATISTA se compromete a constituir, a favor del INSTITUTO, una garantía que ampare lo siguiente:

a. **CUMPLIMIENTO GENERAL DEL CONTRATO:** Por una cuantía equivalente al diez por ciento 10% del valor total del contrato y una vigencia igual al plazo del contrato y seis (6) meses más y en todo caso deberá mantenerse vigente inclusive hasta la liquidación del contrato.

b. **EL PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES:** Por el equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato y una vigencia igual al plazo del contrato y tres (3) años más.

c. **CALIDAD DEL SERVICIO SUMINISTRADO:** Por una cuantía equivalente al diez por ciento 10% del valor total del contrato y una vigencia igual al plazo del contrato y un (1) año más.

**PARAGRAFO 1**: Esta garantía deberá presentarse al INVIAS dentro de los tres (3) días hábiles siguientes contados a partir de la publicación del INVIAS en el SECOP de la comunicación de la aceptación de la oferta y requerirá la aprobación del ordenador del gasto.

**PARAGRAFO 2**: El contratista se comprometerá a ampliar, modificar o prorrogar la garantía única de cumplimiento, en el evento que se aumente el valor del contrato o se prorrogue o suspenda su vigencia, de acuerdo al artículo 2.2.1.2.3.1.18 del Decreto 1082 de 2015.

**PARAGRAFO 3:** Teniendo en cuenta la diferencia que existe entre la fecha de perfeccionamiento del contrato y la fecha de la Orden de iniciación, EL CONTRATISTA deberá ajustar la Garantía y el Seguro, modificando las vigencias en cuanto a su vencimiento, sin modificar la fecha de inicio de los amparos.

**CLAUSULA DECIMA PRIMERA: SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL**. - El CONTRATISTA deberá contratar un seguro que ampare la Responsabilidad Civil Extracontractual del INSTITUTO, derivada de las actuaciones, hechos u omisiones del CONTRATISTA o Subcontratistas autorizados, con vigencia igual al plazo del contrato, en el cual el tomador o afianzado será EL CONTRATISTA, el asegurado será EL CONTRATISTA y el INSTITUTO y los beneficiarios los terceros afectados y/o el INSTITUTO.

**PARAGRAFO PRIMERO**: En esta póliza solamente se podrán pactar deducibles con un tope máximo del diez por ciento (10%) del valor de cada pérdida sin que en ningún caso puedan ser superiores a 200 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

**PARAGRAFO SEGUNDO**: Este seguro deberá constituirse y presentarse para aprobación del INSTITUTO, dentro del mismo término establecido para la garantía única.

**PARAGRAFO TERCERO**: Las franquicias, coaseguros obligatorios y demás formas de estipulación que conlleven asunción de parte de la pérdida por la entidad asegurada no serán admisibles.

**PARAGRAFO CUARTO**: El seguro de responsabilidad civil extracontractual debe contener como mínimo los amparos descritos en el numeral 3º del artículo 2.2.1.2.3.2.9 del Decreto 1082 de 2015

**CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA. LUGAR DE EJECUCIÓN Y DOMICILIO CONTRACTUAL**: Las actividades previstas en el presente contrato se deben desarrollar en la Dirección Territorial Casanare del INSTITUTO NACIONAL DE VÏAS, ubicada en la calle 40 No. 21-75 Yopal Casanare.

**CLAUSULA DÉCIMA TERCERA. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato se perfecciona con la firma de este documento por parte del ordenador del gasto de manera electrónica a través del portal del SECOP II. Para su ejecución, se requiere la aprobación de las garantías, el Registro Presupuestal correspondiente y que el contratista se encuentre al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar.

**CLAUSULA DÉCIMA CUARTA. DOCUMENTOS:** Los documentos que a continuación se relacionan, hacen parte integral del contrato, los cuales determinan, regulan, complementan y adicionan lo aquí pactado, y en consecuencia producen sus mismos efectos y obligaciones jurídicas y contractuales: 1. Estudios y documentos previos. 2. Invitación, Adendas, Anexos, Formatos, Matrices, Formularios. 3 Propuesta presentada por el contratista. 4 Las garantías debidamente aprobadas. 5 Toda la correspondencia que se surta entre las partes durante el término de ejecución del contrato.

**CLAUSULA DÉCIMA QUINTA.** El CONTRATISTA presentó certificación de **CUENTA DE AHORROS** No. **01100000855**, expedida el **12 de agosto de 2024**, por la entidad financiera **BANCOLOMBIA**, para que el Grupo de Tesorería de la Subdirección Financiera del INSTITUTO, abone los pagos en desarrollo de la ejecución del presente contrato; cualquier cambio en la información bancaria deberá ser reportado por el CONTRATISTA, adjuntando copia de la nueva certificación.

## Información de la Entidad Estatal contratante

**INVIAS**

COLOMBIA, Bogotá

## Información del Proveedor contratista

**SERVIAIRES JM SAS**

COLOMBIA, Yopal
Número de documento 901452212

## Cuenta bancaria del proveedor

| Proveedor | Nombre del banco | Tipo de cuenta | Número de cuenta |
|---|---|---|---|
| SERVIAIRES JM SAS | BANCOLOMBIA | Ahorros | 01100000855 |

## Aprobación del contrato

**Aprobador – Proveedor**

*Aprobado por:* *HEMLLEL KARINA MARTINEZ MONSALVE* *Fecha de aprobación:* *30/08/2024 3:30:56 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Aprobador – Entidad Estatal**

*Aprobado por:* *JUAN GABRIEL RODRIGUEZ SOLANO* *Fecha de aprobación:* *11/09/2024 10:07:28 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Contrato Firmado:** CO1_PCCNTR_6706253_Firmado

**Contrato en ejecución:**

## Información del contrato

| | |
|---|---|
| **Tipo de proceso** | Mínima cuantía |
| **Unidad de contratación** | Dirección Territorial Casanare |
| **Proceso de Contratación** | IP-DT-CAS-010-2024 |
| **Título de la oferta** | IP-DT-CAS-010-2024 SERVIAIRES JM SAS |
| **Cuantía del contrato** | 2.581.229 COP |

Fecha: 2024-09-20 15:58:26
Radicado: 2024S-VCAS-067672
Destino: HEMLLEL KARINA MARTÍNEZ MONSALVE
Anexos: 0

**Al contestar cite este radicado:** 2024S-VCAS-067672
**Fecha: 2024-09-20 15:58:26**

SEÑOR(A):
**HEMLLEL KARINA MARTÍNEZ MONSALVE**
**REPRESENTANTE LEGAL - SERVIAIRES JM SAS**

CL 46B 8 34 BRR SAN JORGE
serviairesjmcasanare@gmail.com
YOPAL, CASANARE

**Asunto:** Orden de Inicio Contrato No. 3449 de 2024

Respetada señora:

Teniendo en cuenta que se han cumplido los requisitos previos para la ejecución del contrato que tiene por objeto**:** ADECUACIÓN EN EL EDIFICIO SEDE DEL INVIAS EN LA TERRITORIAL CASANARE MEDIANTE EL MANTENIMIENTO DE AIRES ACONDICIONADOS, UPS Y PLANTA ELECTRICA, le informo que a partir del día **veintitrés (23) DE SEPTIEMBRE DE 2024**, se imparte la orden Inicio de ejecución del citado contrato.

El contrato cuenta con Registro Presupuestal No. 902624 de fecha 16/09/2024 y las garantías fueron revisadas y aprobadas en Secop II, el día 19/09/2024.

El INVÍAS designó a: **MANUEL FRANCISCO BALLESTEROS SALCEDO** como Supervisor de Contrato, mediante Resolución No. 045 de fecha 20/09/2024. Teléfono: 3124401822 e-mail: mballesteros@invias.gov.co

Cordialmente,

Firmado digitalmente
por RODRIGUEZ
SOLANO JUAN GABRIEL

JUAN GABRIEL RODRIGUEZ SOLANO
DIRECTOR TERRITORIAL CASANARE (E)

Proyectado Por: DEICY ZAMBRANO GUEVARA
Revisado Por:
Aprobado Por:

Copia Interna a:
Copia Externa a: