ACTA DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA

Parcial [X] **Final** [ ]

ADQUISICIONES

FECHA DE EXPEDICION							
Día		Mes		Año			
0	1	0	7	2	0	2	0

INFORMACION GENERAL

Contratista: DEICY CAROLINA GALINDO MUÑOZ CONTRATO No. 23719/2020 - 0

Cédula de Ciudadanía ó Nit. No. **55183484-6**

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA IMPLEMENTAR LOS PROCESOS DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE PRODUCTOS CARTOGRÁFICOS, DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y RENDIMIENTOS ESTABLECIDOS.

Lugar Ejecución: BOGOTA_D.C. **Fecha aprobación póliza:** **19/06/2020**

Vigencia: **del** 19/06/2020 **Hasta:** 18/12/2020

Termino de ejecución: **del** 19/06/2020 **Hasta:** 18/12/2020

Período Reportado: **19/06/2020** **al** **30/06/2020**

Valor Total **$21,205,260.00** **Honorarios:** **$21,205,260.00** **Gastos Manutención** **$.00**

Forma de pago: UN PRIMER PAGO CORRESPONDIENTE AL MES DE JUNIO DE 2020 PROPORCIONAL AL TIEMPO EJECUTADO DE LOS DÍAS DE SERVICIO EFECTIVAMENTE PRESTADOS.
PAGOS MENSUALES MES VENCIDO POR LA SUMA DE $3.534.210, O PROPORCIONAL AL TIEMPO EJECUTADO.

Reporte de pagos a Salud y Pensión. (En el caso de personas jurídicas anexar la certificación de cumplimiento de los pagos parafiscales).

Número	Sistema	Entidad	Período Cotizado	No. de Autorización	Aportes
1	SALUD	E.P.S. SANITAS S.A.	05-2020	42810582	$109,800.00
1	PENSION	PORVENIR PENSIONES S.A.	05-2020	42810582	$26,400.00

Reporte de valores a pagar

No. de Pago	Valor del Pago	Saldo por Pagar
1	$1,413,684.00	$19,791,576.00

No. Cuenta Bancaria: 400-4000157653 No. Rubro Presupuestal:

INFORMACION A REPORTAR

Reporte sobre la ejecución del contrato. (indicar cumplimiento del objeto contractual, si lo hubo, describir actividades realizadas y productos recibidos, refiriendo el numeral - literal cumplido del objeto contractual)

El contratista cumplió con la normatividad ambiental aplicable a este contrato SI [X] NO [ ]

la contratista cumplió con el objeto contractual, desarrollando las siguientes actividades:

en cumplimiento de la cláusula 2.
2.1 participó en las reuniones de información y capacitación de los días 23 y 24 de junio de 2020 donde informe las metas que debíamos cumplir, proyectos a trabajar, form de trabajo, así mismo se impartí capacitación respecto al proceso de revisión y validación de productos cartográficos utilizando la metodología de muestreo.
se solicito al profesional la preparación de una capacitación para inducción en el proceso de validación de bases de datos cartográficas, para el grupo de calidad y validación el día 26 de junio de 2020.

2.2 como supervisora realice la asignación de trabajo y la profesional realizó la validación de las bases cartográficas del proyecto mahates ubicado en el departamento de bolívar del contrato convenio con la agencia nacional de tierras (ant), asi:
proyecto area (ha) escala entidad
mahates bolívar 43264 1: 10 000 ant

2.3 para la validación realizó la verificación de la completitud de la captura a partir de los insumos suministrados, de acuerdo con el modelo de datos para el proyecto guamo ubicado en el departamento de bolívar del contrato convenio con la agencia nacional de tierras (ant)

2.4 realizó el diagnóstico de cada área cartográfica asignada para aprobarla si cumple con los parámetros de calidad establecidos en las especificaciones para el proyecto guamo ubicado en el departamento de bolívar del contrato convenio con la agencia nacional de tierras (ant)

2.19 elaboró el informe mensual, y demás requeridos por el supervisor del contrato de la ejecución de los procesos de validación de bases de datos cartográficas en el proyecto guamo.

la ruta que se dispuso para aque se copiara la informacion producto de su contrato es:
\\172.26.0.20\elite_sub_geografia_cartografia\validacion\informesprocesovalidación

2.20 aplicó lo establecido en los procedimientos documentados (manuales, instructivos, metodologías, guías), para el cumplimiento de actividades

contractuales, así como el diligenciamiento de formatos oficiales y demás actividades para el control de los procesos de sistema integrado de gestión.

nota: se adjunta afiliacion a arl

SUPERVISOR(A) O INTERVENTOR(A)

OLGA CECILIA VILLAMARIN MESA

NOMBRE | **FIRMA**