



DESPACHO DEL
ALCALDE

NIT. 892.115179-0

INFORME DE SUPERVISIÓN

Contrato ☐

Convenio ☒

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	Contratación Directa
N° DE PROCESO DE SELECCIÓN	N/A
TIPO DE CONTRATO	Convenio
SECRETARÍA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO)	Secretaria de Gobierno y Educación Municipal
NÚMERO DEL CONTRATO/CONVENIO CONTRACTUAL	078
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO	14 DE MARZO DEL 2025
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	FORTALECIMIENTO INTERINSTITUCIONAL PARA LA VIGENCIA 2025 DEL CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN DEL CESAR- LA GUAJIRA
CONTRATISTA	CUERPO DE BOMBEROS DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN DEL CESAR-GUAJIRA
NIT	825003425-3
REPRESENTANTE LEGAL	MARIO JOSE MILIAN MINDIOLA
C.C	84.104.704 de San Juan del Cesar- La Guajira
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE SAN JUAN DEL CESAR – LA GUAJIRA
REPRESENTANTE LEGAL	CUBITA ENRIQUE CAMILO URBINA SUAREZ
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	5.166.012 de San Juan del Cesar – La Guajira
VALOR DEL CONTRATO/CONVENIO	TRESCIENTOS CUATRO MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS VEINTINUEVE PESOS MCTE (\$304.178.529)
FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS CONTRATO	EL MUNICIPIO girará a EL ASOCIADO un primer aporte equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor del convenio, previo cumplimiento de los siguientes requisitos: a) Que se haya suscrito del acta de inicio del convenio; b) Que se presente por parte de EL ASOCIADO un plan de inversión del primer desembolso del aporte del Municipio, y este sea aprobado por el supervisor. c) Que EL ASOCIADO presente al supervisor del contrato, una certificación bancaria en donde conste el número y clase de cuenta del que sea titular para el giro de los recursos. d) Que se presente la solicitud de giro respectiva por parte de EL ASOCIADO. e) Que el supervisor otorgue su concepto favorable para hacer el primer desembolso. EL MUNICIPIO girará a EL ASOCIADO el 50% restante de su aporte, en cuotas parciales, siempre que: a) Que el asociado presente un informe de su gestión. b) Que el ASOCIADO radique la solicitud de giro o la factura respectiva, según sea el



DESPACHO DEL
ALCALDE

NIT. 892 115179-0

		caso. c) Que el asociado entregue la constancia de los aportes al sistema de seguridad social integral y el pago de sus obligaciones parafiscales; y, d) Que el supervisor del Convenio haya emitido el recibo a satisfacción de las actividades correspondiente al periodo del cual se rindió el informe.
PLAZO DEL CONTRATO /CONVENIO		OCHO (8) MESES Y QUINCE (15) DIAS
SUPERVISOR DESIGNADO	NOMBRE	ELIZABETH MENDOZA MENDOZA
	FECHA DE DESIGNACIÓN DE LA SUPERVISIÓN	14 de marzo de 2025

DATOS FINANCIEROS

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL – CDP					
N°	PO0147	VALOR	\$ 304.178.529.00	FECHA	28-02-2025
REGISTRO PRESUPUESTAL – RP					
N°	00132	VALOR	\$ 304.178.529.00	FECHA	13-03-2025
RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) AFECTADO(S)		2.3.2.02.02.005.45.03.4503004 SERVICIO DE ATENCIÓN A EMERGENCIA Y DESASTRES			

INFORME FINANCIERO

EJECUCIÓN FINANCIERA

Valor estimado del convenio	\$304.178.529.00
Valor anticipo (50% del valor estimado del convenio)	\$152.089.264.50
Valor por pagar Acta parcial N° 001	\$ 90.491.052

Saldo sin ejecutar
\$ 61.598.212,50

RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

TIPO DE APORTE	PLANILLA N°	VALOR APORTE	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE
SALUD	9483787255	\$1,968,800	MARZO 2025
PENSIÓN	9483787255	\$3,242,300	MARZO 2025
ARP	9483787255	\$1,096,200	MARZO 2025
CCF	9483787255	\$630,400	MARZO 2025
ICBF	9483787255	\$473,300	MARZO 2025
SENA	9483787255	\$315,200	MARZO 2025

Calle 7 # 9^a-36 Avenida Manuel Antonio Dávila

✉ alcaldia@sanjuandelcesar-laguajira.gov.co

✉ Oficina Jurídica: juridica@sanjuandelcesar-laguajira.gov.co

+57 301 3715001

Visita Nuestra Página Web

www.sanjuandelcesar-laguajira.gov.co



DESPACHO DEL
ALCALDE

NIT. 892.115179-0

TIPO DE APOORTE	PLANILLA N°	VALOR APOORTE	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE
SALUD	9478208762	\$ 2,270,500	ABRIL/MAYO 2025
PENSIÓN	9478208762	\$ 3,902,600	ABRIL/MAYO 2025
ARP	9478208762	\$ 1,264,100	ABRIL/MAYO 2025
CCF	9478208762	\$ 727,000	ABRIL/MAYO 2025
ICBF	9478208762	\$ 545,800	ABRIL/MAYO 2025
SENA	9478208762	\$ 363,500	ABRIL/MAYO 2025

TIPO DE APOORTE	PLANILLA N°	VALOR APOORTE	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE
SALUD	9490236234	\$2,362,400	MAYO/JUNIO 2025
PENSIÓN	9490236234	\$3,023,300	MAYO/JUNIO 2025
ARP	9490236234	\$1,315,200	MAYO/JUNIO 2025
CCF	9490236234	\$756,400	MAYO/JUNIO 2025
ICBF	9490236234	\$567,900	MAYO/JUNIO 2025
SENA	9490236234	\$378,200	MAYO/JUNIO 2025

TIPO DE APOORTE	PLANILLA N°	VALOR APOORTE	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE
SALUD	9490236054	\$2,140,100	JUNIO/JULIO 2025
PENSIÓN	9490236054	\$2,738,500	JUNIO/JULIO 2025
ARP	9490236054	\$1,191,300	JUNIO/JULIO 2025
CCF	9490236054	\$685,100	JUNIO/JULIO 2025
ICBF	9490236054	\$514,400	JUNIO/JULIO 2025
SENA	9490236054	\$342,600	JUNIO/JULIO 2025

TIPO DE APOORTE	PLANILLA N°	VALOR APOORTE	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE
SALUD	9492036525	\$1,957,100	JULIO/AGOSTO 2025
PENSIÓN	9492036525	\$2,504,200	JULIO/AGOSTO 2025
ARP	9492036525	\$1,089,500	JULIO/AGOSTO 2025
CCF	9492036525	\$626,500	JULIO/AGOSTO 2025
ICBF	9492036525	\$470,400	JULIO/AGOSTO 2025
SENA	9492036525	\$313,400	JULIO/AGOSTO 2025

TIPO DE APOORTE	PLANILLA N°	VALOR APOORTE	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE
SALUD	9492037922	\$1,755,500	AGOSTO/SEPTIEMBRE 2025
PENSIÓN	9492037922	\$2,246,300	AGOSTO/SEPTIEMBRE 2025
ARP	9492037922	\$977,200	AGOSTO/SEPTIEMBRE 2025
CCF	9492037922	\$562,000	AGOSTO/SEPTIEMBRE 2025
ICBF	9492037922	\$421,900	AGOSTO/SEPTIEMBRE 2025
SENA	9492037922	\$281,000	AGOSTO/SEPTIEMBRE 2025

Calle 7 # 9^a-36 Avenida Manuel Antonio Dávila

✉ alcaldia@sanjuandelcesar-laguajira.gov.co

✉ Oficina Jurídica: juridica@sanjuandelcesar-laguajira.gov.co

+57 301 3715001

Visita Nuestra Página Web

www.sanjuandelcesar-laguajira.gov.co



DESPACHO DEL ALCALDE

NIT. 892.115179-0

CERTIFICO que en cumplimiento de mis obligaciones como supervisor, recibí, revisé y aprobé personalmente los documentos que aportó el contratista y que fueron la base de los datos que suministró en este Informe por medio del cual autorizo realizar el pago del valor antes expresado; así mismo dejo constancia que he verificado que el contratista ha cumplido con el pago de los aportes a Seguridad Social y que existe una correcta relación entre las sumas canceladas con las que fueron cotizadas por el contratista, además que el valor cotizado corresponda al porcentaje y sobre la base señalada por las normas vigentes sobre la materia.

FIRMA SUPERVISOR

Nombre: **ELIZABETH MENDOZA MENDOZA**