

INFORME DEL SUPERVISOR CONTRATO NSM2025027

CONTRATANTE	INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMERCIAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MISERICORDIAS		
Contratista:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
Identificación (CC – NIT):	860.524.654-6		
Objeto:	SUMINISTRO DE UNA POLIZA TODO RIESGO QUE AMPARA TODOS LOS BIENES DE LA INSTITUCION		
Valor inicial del Contrato*:	Siete millones setecientos diecisiete mil setenta y un pesos m/l. (\$7.717.071),		
N° Disponibilidad Presupuestal y fecha	00052 CDP De noviembre 04 de 2025		
Plazo:	15 días		
OBSEVACIONES			
Fecha de la modificación	NO APLICA		
Valor de la modificación	NO APLICA		
Justificación de la modificación	NO APLICA		
Pago Número:	ÚNICO		
Valor a pagar	Siete millones setecientos diecisiete mil setenta y un pesos m/l. (\$7.717.071)		
Porcentaje de ejecución física	100%		
Fecha aprobación garantía (Si aplica)	NO APLICA		
Fecha de Inicio:	07/11/2025	Fecha de Terminación:	21/11/2025
Fecha de liquidación final	12/12/2025		
Dependencia:	Administrativa		
Lugar de Ejecución	Institución Educativa Comercial Nuestra Señora de las Misericordias Soledad-Atlántico		
Supervisor – Cargo:	TATIANA POLO CASTRO – ADMINISTRATIVO		

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

Obligación Contractual	Actividades realizadas	Evidencia Verificable
Cumplir con la entrega de documentos necesarios para la legalización del contrato.	100% recibidos los documentos.	Carpeta física de documentos en archivo de secretaria general.
Cumplir con los tiempos y obligaciones definidos en los Documentos del Proceso. El tiempo de entrega empieza a correr Con la firma del acta de inicio	Se ha cumplido con los tiempos establecidos en el contrato	Entrega de suministros, recibido a satisfacción, póliza y anexos de la poliza

Cumplir con el pago de los aportes de seguridad social, prestaciones sociales, aportes parafiscales si diera lugar, conforme a las fechas establecidas en la normativa vigente	El contratista presento el pago la certificación de su revisor fiscal donde consta que se encuentran al día con el pago de la seguridad social de su empresa.	CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE APORTES.
Todas las características y condiciones de la póliza se encuentran descritas en el clausulado que hace parte del informe del contratista.		

3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
ITEM	ENTIDAD
SALUD	
PENSIÓN	
ARL	
CAJA DE COMPENSACIÓN	

4. DATOS DEL CONTRATO	
Valor inicial	\$7.717.071,00
Adiciones	
Valor total (Incluye adiciones)	
Valor cancelado o pagado	
VALOR PAGO FINAL	\$7.717.071,00
Valor por cancelar	00
Saldo por liberar	

5. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		
¿LE HAN RECONOCIDO PENSIÓN?	SI ___ NO __x_ Entidad que la reconoció: XXXXXX	
¿PERTENECE A ALGÚN RÉGIMEN ESPECIAL?	SI ___ NO __x_	¿CUAL?:
¿Cotiza sobre el límite máximo de cotización? (25 SMLV)	SI ___ NO __x_	

8. ALMACÉN

NO APLICA_

OBSERVACIONES

NINGUNA

9. DECLARACIÓN ESPECIAL

El contratista declara que toda la información relacionada en el presente informe, corresponde fidedignamente a todas las actividades ejecutadas dentro del respectivo periodo, así como la información de las Entidades a las que aporta al Sistema General de Seguridad Social Integral. Esta declaración se realiza bajo la responsabilidad del contratista.

La supervisión verificó el cumplimiento de las actividades a cargo del contratista y toda la información registrada en el presente documento,

Fecha de elaboración: diciembre 12 de 2025

Para constancia se firma por quienes en ella intervinieron a los doce días del mes de diciembre de 2025


TATIANA POLO CASTRO
SUPERVISOR