

INFORME DE SUPERVISIÓN FINAL

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 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°	P00147	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 Primer Aporte (50% del valor estimado del convenio)	\$152.089.264.50
Valor por pagar Acta parcial Segundo Aporte	\$ 90.491.052.00
Valor por pagar Acta Final Tercer Aporte	\$ 61.598.212,50

Saldo sin ejecutar
\$ 0

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	9495747451	\$ 1,795,900	SEPTIEMBRE/OCTUBRE 2025
PENSIÓN	9495747451	\$ 2,298,300	SEPTIEMBRE/OCTUBRE 2025
ARP	9495747451	\$ 999,900	SEPTIEMBRE/OCTUBRE 2025
CCF	9495747451	\$ 575,000	SEPTIEMBRE/OCTUBRE 2025
ICBF	9495747451	\$ 431,700	SEPTIEMBRE/OCTUBRE 2025
SENA	9495747451	\$ 287,500	SEPTIEMBRE/OCTUBRE 2025

TIPO DE APORTE	PLANILLA N°	VALOR APORTE	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE
SALUD	9495751178	\$1,759,600	OCTUBRE/NOVIEMBRE 2025
PENSIÓN	9495751178	\$2,251,900	OCTUBRE/NOVIEMBRE 2025
ARP	9495751178	\$979,600	OCTUBRE/NOVIEMBRE 2025
CCF	9495751178	\$563,400	OCTUBRE/NOVIEMBRE 2025
ICBF	9495751178	\$423,000	OCTUBRE/NOVIEMBRE 2025
SENA	9495751178	\$281,700	OCTUBRE/NOVIEMBRE 2025

NOTA: Como supervisora, recibí, revisé y aprobé personalmente los documentos que aportó el contratista y que fueron la base de los datos que suministró en este Informe, pero no se autoriza realizar el pago del valor antes expresado; hasta que el contratista aporte los documentos que acrediten el pago de los aportes a Seguridad Social correspondiente a los meses de noviembre y diciembre de 2025, que guarden 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