ACTA DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA

Parcial [X] **Final** [ ]

ADQUISICIONES

FECHA DE EXPEDICION							
Día		Mes		Año			
3	1	0	7	2	0	2	0

INFORMACION GENERAL

Contratista: LUIS FERNANDO MOLINA GARCIA CONTRATO No. 23715/2020 - 0

Cédula de Ciudadanía ó Nit. No. **80468180**

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: **01/07/2020** **al** **31/07/2020**

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 parafíscales).

Número	Sistema	Entidad	Período Cotizado	No. de Autorización	Aportes
2	ARL	POSITIVA ARL	06-2020	43522600	$7,400.00
2	SALUD	ALIANSALUD EPS S.A.	06-2020	43522600	$177,000.00
2	PENSION	PROTECCION + ING	06-2020	43522600	$226,600.00

Reporte de valores a pagar

No. de Pago	Valor del Pago	Saldo por Pagar
2	$3,534,210.00	$16,257,366.00

No. Cuenta Bancaria: 039-03942527135 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 [ ]

el 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 programadas:

7 de julio. socialización proyectos a validar por el grupo y sus características 8 de julio socialización validación dtm
10 de julio socialización conceptos cc ortofotos

14 de julio. socialización proceso de validación base de datos 22 de julio. socialización parámetros proyectos boyacá
el profesional di en conjunto con la ing. deicy carolina galindo muñoz la
capacitación del proceso de validación de bases de datos cartográficas, para el grupo de calidad y validación el día 14 de julio de 2020.

2.2 le asigné y realizo la validación de las bases cartográficas de acuerdo con las siguientes asignaciones:

proyecto area (ha) escala entidad proceso no.
inspección no.
devolución
guamo (bolívar) 38500 1: 10 000 ant validación 2 2
puerto lleras bloque 2
126600
1: 10 000
ant diagnostico aseguramiento calidad
1
1
ataco_c3 7014 1: 10 000 ant validación 1 1
ataco_c10 3442 1: 10 000 ant validación 1 1

ataco_c08 6240 1: 10 000 ant validación 1 1
ataco_c3 7014 1: 10 000 ant validación 2 2
ataco_c13 7014 1: 10 000 ant validación 1 1

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 los
proyectos relacionad s

2.4 realizó la verificación de que los proyectos relacionados cumplieran con los parámetros de calidad establecidos en la especificación técnica

2.19 elaboró el informe m nsual, y demás requeridos por el supervisor del contrato de
la ejecución de los procesos de validación de bases de datos cartográficas asignadas

la ruta que se dispuso para que se copiara la información producto de su contrato es:
\\172.26.0.20\elite_sub_geografia_cartografia\validacion\informesprocesovalidaci ón

2.20 aplicó lo establecido en los procedimientos documentados (manuales, instructivos, metodologías, guías), para el cumplimiento de actividades contractuales, así co o el diligenciamiento de formatos oficiales y demás actividades para el control de los procesos de sistema integrado de gestión.

SUPERVISOR(A) O INTERVENTOR(A)

OLGA CECILIA VILLAMARIN MESA	Olga C Villamarin M
NOMBRE	**FIRMA**