ACTA E INFORME
SUPERVISION / INTERVENTORIA

1. TIPO DE INFORME: (marque con una X)					
ACTA E INFORME No.16					
Periódico:	**Febrero de 2026**		**Final:**	(Mes/período/pago)	

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO / ORDEN / CONVENIO:						
Contrato / Orden / Convenio Número:	PUT-CD-002-2024	**de**	2024			
Tipo de contrato: Arrendamiento						
Objeto: : "El arrendador confiere al ICA el uso de un bien inmueble ubicado en la calle 10 No. 2-72 Barrio Magdalena del municipio de Puerto Leguízamo, donde funcionará la oficina Local ICA de Puerto Leguízamo - Putumayo".						
Supervisor / Interventor:	Cristhiam Esteban Mayoral Anacona (Técnico Operativo)					
Contratista:	Jonh Sergio Cano Valbuena					
Valor total del contrato/orden/convenio:	**$ 20.308.785**					
Plazo de ejecución:	21 meses					
Fecha inicio de ejecución:	1	**de**	noviembre	**de**	2024	
Fecha de terminación del contrato:	31	**de**	julio	**de**	2026	

EN EJECUCIÓN:	X	TERMINADO:		LIQUIDADO:		POR LIQUIDAR:	

INFORMACION FINANCIERA:

CDP N°	Fecha	Valor	RP N°	Fecha	Valor
3524	12/09/2024	$8.998.930	36824	01/11/2024	$1.909.618
925	12/01/2025	$11.514.998	1025	12/01/2025	$11.514.996
1026	06/01/2026	$6.884.171	526	06/01/2026	$6.884.171

INFORMACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA:

Tipo: (Marque con una X)	Bancaria:		Póliza de seguro:	
Garante:		Entidad bancaria / aseguradora		
Identificación de la garantía única:	(Número)	Fecha de aprobación:	Fecha	

AMPAROS	X	INICIO DE VIGENCIA	FIN DE VIGENCIA	VALOR ASEGURADO
Buen manejo del anticipo.		Fecha	Fecha	$
Cumplimiento.		Fecha	Fecha	$
Pago de salarios y prestaciones.		Fecha	Fecha	$
Calidad.		Fecha	Fecha	$
Responsabilidad Civil Extracontractual		Fecha	Fecha	$
Otro:		Fecha	Fecha	$

Prórrogas					
Número y fecha de la modificación		**Tiempo (días calendario)**			
1					
Nueva fecha de terminación:	**día**	**de**	**mes**	**de**	**año**

Adiciones		**CDP N°**	**RP N°**	**Fecha RP**
Número y fecha de la modificación	**Valor de la adición ($)**			
1				
Valor total final:	**$ Valor**			

Suspensiones	
Fecha de suscripción	**Periodo y Tiempo (días calendario)**
1	(fecha: desde – hasta) días

ACTA E INFORME
SUPERVISION / INTERVENTORIA

Modificaciones		
Cláusula Nº		Breve descripción de la modificación
1		

Modificación de la garantía única:		
Amparo modificado:	Nuevo valor asegurado:	Fecha aprobación:
	$	

3. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO / ORDEN / CONVENIO:

En el contrato / orden / convenio se pactó anticipo: SI ☐ **No** ☒

CONTRATO			
Anticipo contrato inicial % (1)	0,00%	Valor anticipo contrato inicial (5)	$ -
Fecha de Desembolso del anticipo (2)	DD/MM/AAAA	Valor anticipo adiciones (6)	$ -
No. Orden de pago desembolso anticipo (3)		Valor total anticipo (7)	$ -
% Anticipo de adiciones (4)	0,00%	Saldo pendiente por amortizar (8)	$ -

CONCEPTO		VALOR HONORARIOS	PORCENTAJE DE EJECUCION
Valor total inicial (9)		20.308.785,00	75,79%
Valor Adiciones (10)		0,00	
Valor Total (∑ Valor total inicial + Adiciones)		20.308.785,00	
Valor pagado (11)		14.408.067,00	
Valor en trámite (febrero de 2026) (12)		983.453,00	
Nota débito + ND (13)	Numero	0,00	
Nota crédito - NC (14)	Numero	0,00	
Ajuste valor en trámite (∑ Valor en trámite + ND - NC)		983.453,00	
Valor total ejecutado (∑ Valor pagado + Valor en trámite ajustado)		15.391.520,00	
Saldo del contrato (∑ Valor Total del Contrato – Valor Total Ejecutado)		4.917.265,00	

Si el saldo es diferente de Cero (0) indique con X:	Saldo por reintegrar:		Saldo por liberar:	

Si el saldo es por liberar discrimine:

Un. Ejec.		CDP		Compromiso o Registro		Cat.		Valor a liberar	$
Un. Ejec.		CDP		Compromiso o Registro		Cat.		Valor a liberar	$
VALOR TOTAL A LIBERAR:								$	

¿Solicita constituir reservas? (Marque con una X)	SI	NO X
Valor y justificación: (¿Por qué?)	$	

4. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, ARL, PENSIONES Y/O APORTES PARAFISCALES:

El interventor/supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones, y cuando a ello haya lugar, ARL, aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas.	SI X	NO
	Marque con una X	

Por concepto de aportes al sistema de seguridad social el contratista efectuó los siguientes pagos (copia de planillas y recibos de pago anexos):

Aportes al sistema de salud	$ 250.000

Aportes al sistema de pensiones	$ 320.000
Aportes a ARL	$ 10.500

5. ESTADO DEL AVANCE DE LA EJECUCIÓN:		
Estado de avance de la ejecución a la fecha (%)		**75,79%**
Descripción de la ejecución actual del contrato:		
Nº	**Obligaciones Específicas del Contratista**	**Estado de avance de la obligación**
1	Permitir el uso y goce del inmueble del "Contrato de servicio de Arrendamiento de un Inmueble ubicado en la calle 10 No. 2-72 Barrio Magdalena, en el Municipio de Puerto Leguízamo - Putumayo"	Porcentaje (%) de avance: 100% Descripción del avance: arriendo de febrero 2026 Entrega producto Si___ No_X___ Ubicación:
2		Porcentaje (%) de avance: Descripción del avance: Entrega producto Si___ No____ Ubicación:
3		Porcentaje (%) de avance: Descripción del avance: Entrega producto Si___ No____ Ubicación:

5. 1VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES AMBIENTALES: (Si cumple con las obligaciones, se debe diligenciar el numeral 5.1)			
El Supervisor verificó el cumplimiento de las obligaciones ambientales.	**N/A X**	**SI**	**NO**

5. 1.1 VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES AMBIENTALES:		
Nº	**Obligaciones ambientales del Contratista**	**Estado de avance de la obligación**
1		Porcentaje (%) de avance: Descripción del avance: Entrega producto Si___ No____ Ubicación:
2		Porcentaje (%) de avance: Descripción del avance: Entrega producto Si___ No____ Ubicación:
3		Porcentaje (%) de avance:

Libertad y Orden	**ACTA E INFORME** **SUPERVISION / INTERVENTORIA**	ICA Instituto Colombiano Agropecuario

		Descripción del avance:
		Entrega producto Si___ No____ Ubicación:++

MEJORAS:		
Indique si con la ejecución del contrato se agrega valor a los bienes inmuebles de la entidad.	**SI**	**NO X**

ADQUISICIÓN DE BIENES TANGIBLES:		
Indique si con la ejecución del contrato se adquirieron bienes tangibles.	**SI**	**NO X**

ADQUISICIÓN DE BIENES INTANGIBLES:		
Indique si con la ejecución del contrato se adquirieron bienes intangibles.	**SI**	**NO X**

RECIBO A SATISFACCION:		
Como supervisor del contrato manifiesto que he recibido a satisfacción los bienes y servicios conforme a lo establecido en el contrato.		
Recibo parcial (cuando así lo establezca el contrato)	**SI X**	**NO**
Recibo Total	**SI**	**NO X**
Observaciones: NA		

BIENES APORTADOS AL CONVENIO:		
Indique si **EL ICA** aportó bienes para la ejecución del convenio.	**SI**	**NO X**

PLACA DE INVENTARIO	**DESCRIPCIÓN**	**VALOR**
(Adicione las filas que requiera)		$
		$
		$

Mediante acta del (fecha) **CONTRATISTA** devolvió a **EL ICA** los bienes que éste último aportó al convenio, de conformidad con lo pactado en la cláusula XXX.

FUERON ADQUIRIDOS BIENES CON RECURSOS DEL CONVENIO:		
Indique si con los recursos destinados al convenio fueron adquiridos bienes.	**SI**	**NO X**

PLACA DE INVENTARIO	**DESCRIPCIÓN**	**VALOR**
		$
		$

Mediante acta del (fecha) fueron devueltos a **EL ICA** los bienes que éste último aportó al convenio, de conformidad con lo pactado en la cláusula XXX del convenio.

Mediante SISAD número del fecha el Grupo de Control de Activos y Almacenes certificó que los bienes relacionados anteriormente se encuentran incluidos en los inventarios de **EL ICA**.

ACTA E INFORME

SUPERVISION / INTERVENTORIA

SE PACTÓ LA EXPEDICIÓN DE GUÍAS SANITARIAS DE MOVILIZACIÓN INTERNA (GSMI):		
Indique si el objeto del convenio incluía la expedición de GSMI.	**SI**	**NO X**

GSMI EXPEDIDAS	**CONSECUTIVO**	**VALOR**
#	Del XXX al XXX	$
GSMI ANULADAS	**CONSECUTIVO**	**VALOR**
#	Del XXX al XXX	$
GSMI DEVUELTAS A EL ICA	**CONSECUTIVO**	**VALOR**
#	Del XXX al XXX	$

Los recursos generados por el convenio se manejaron a través de la cuenta XXX del Banco XXX, la cual se encuentra CANCELADA, conforme lo indica la certificación adjunta.

Mediante SISAD XXXX del (fecha) el Grupo de Gestión Financiera certificó que los recursos relacionados anteriormente ingresaron a las cuentas de **EL ICA**.

6. EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA:

CRITERIO	SUBCRITERIO	ITEM	MARQUE		VALOR ASIGNADO	PUNTAJE
			SI	NO		
CUMPLIMIENTO (25 PUNTOS)	TIEMPO DE ENTREGA	¿Se cumplieron los tiempos de entrega de bienes o la prestación de los servicios ofertados por el proveedor?				0
	CANTIDADES	¿Se entregan las cantidades solicitadas?				
CALIDAD (25 PUNTOS)	CONFORMIDAD	¿El bien o servicio cumplió con las especificaciones y requisitos pactados en el momento de entrega?				0
	FUNCIONALIDAD ADICIONAL	¿El producto comprado o el servicio prestado proporcionó más herramientas o funciones de las solicitadas originalmente?				
POS CONTRACTUAL (25 PUNTOS)	RECLAMACIONES	¿Se han presentado reclamaciones al proveedor en calidad o gestión?				0
		(*) ¿El proveedor soluciona oportunamente las no conformidades de calidad y gestión de los bienes o servicios recibidos?				
	SERVICIO POS VENTA	¿El proveedor cumple con los compromisos pactados dentro del contrato u orden de servicio o compra? (aplicación de garantías, mantenimiento, cambios, reparaciones, capacitaciones, entre otras)				
GESTION (25 PUNTOS)	PROCEDIMIENTOS	¿El contrato es suscrito en el tiempo pactado, entrega las pólizas a tiempo y las facturas son radicadas en el tiempo indicado con las condiciones y soportes requeridos para su trámite contractual?				0
	GARANTÍA	¿Se requirió hacer uso de la garantía del producto o servicio?				
		(*) ¿El proveedor cumplió a satisfacción con la garantía pactada?				
PUNTAJE TOTAL						0
CONVENCIÓN	SÍMBOLO SIGNIFICADO	PROVEEDOR TIPO A: EXCELENTE. Puntaje mayor o igual a 80 hasta 100 puntos. Se puede contratar nuevamente				
	(*) Se responde si la anterior pregunta tiene una ponderación de cero o SI	PROVEEDOR TIPO B: BUENO. Puntaje entre 46 hasta 79 puntos. Se invita nuevamente a procesos pero debe mejorar las observaciones presentadas por la entidad. La entidad (Supervisor) presentará las observaciones mediante oficio adjunto al presente formato.				
		PROVEEDOR TIPO C: MALO. Puntaje inferior o igual a 45 puntos. La entidad no debe contratar con este proveedor.				

7. OBSERVACIONES:

EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO, CERTIFICO QUE EN LA PLATAFORMA DE SECOP II SE ENCUENTRA CARGADA DE FORMA COMPLETA TODA LA DOCUMENTACIÓN SOPORTE CORRESPONDIENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y ME HAGO RESPONSABLE POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN Y DE LOS HECHOS REPORTADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

Para constancia se firma en Puerto Asís a los diecisiete (17) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026).

CRISTHIAM ESTEBAN MAYORAL ANACONA
(Técnico Operativo)
Supervisor / Interventor

EDWIN ARBEY MORENO GONZALEZ
(Gerente Seccional ICA Putumayo)
LIDER DEL PROCESO DE CONTRATACION

Original: Grupo de Control de Activos / Gestión Contable / Contractual. Copia: Supervisor/Interventor.

Anexos: Factura del mes de febrero de 2026, planilla de aportes sociales de enero de 2026.

Factura Electrónica de Venta GAS - 1710

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764100688644 de 27/10/2025 - 27/04/2026 autoriza GAS - 1,539 a GAS - 2,000

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	17/02/2026 08:18
Fecha de Vencimiento	17/02/2026 08:18
Fecha de Validación	17/02/2026 08:18
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP

EDS SANTA ISABEL
DEPOSITO SANTA ISABEL
Para construir y remodelar
322 221 1149

Actividad Económica Principal 4731
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	JONH SERGIO CANO VALBUENA
Nombre Comercial	ESTACION DE SERVICIO SANTA ISABEL
CC	1676203
Obligación	IVA
Email	jhonsergiocano@hotmail.com
Teléfono	3114629524
Dirección Fiscal	CR 1 CL 5 Y 6 BRR EL CENTRO A ORILLA DEL RIO PUTUMAYO, LEGUIZAMO, (PUTUMAYO, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO
Nombre Comercial	
NIT	899999069
Obligación	IVA
Email	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;carmenza.rivera@ica.gov.co
Teléfono	7563030
Dirección	CR 68 A 24 B 10 ED PLAZA CLARO TORRE 3
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	500	CANON DE ARRENDAMIENTO DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2026	1.0	cada	$826,431.09	IVA 19%	$826,431.09	$983,453.00

1

Subtotal	$826,431.09
IVA 19%	$157,021.91
Total a Pagar	**$983,453.00**

#$17-02-00-086; PUT-CD-002-2024; cristhiam.mayoral@ica.gov.co#$
somos una empresa con la misión de educar a nuestros trabajadores para contribuir con la conservación al medio ambiente.Cuidemos de nuestro planeta!

Unidades de medida: EA = cada

CUFE: d290e070562e545f3cd5c15b7b28914b65844cfed63dc26b89c2bfd781a22509a3b54288ec292ebf01a64f7d1d82bfec

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1676203		CANO VALBUENA JONH SERGIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 1 CALLE 5- 6	LEGUIZAMO-PUTUMAYO	5634438	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	37788536	9498026699	I	2026/02/03	2026/02/13	BANCO DE OCCIDENTE	10	$584,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1676203	CANO VALBUENA JONH SERGIO	231001	30	$2,000,000	$320,000	EPS037	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$10,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,000,000**	**$320,000**			**$2,000,000**	**$250,000**			**$0**	**$0**			**$2,000,000**	**$10,500**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$2,100	$0	$322,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$320,000	$2,100	$0	$322,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$100	$0	$10,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,500	$100	$0	$10,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$1,600	$0	$251,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$250,000	$1,600	$0	$251,600
TOTAL				**1**	**$580,500**	**$3,800**	**$0**	**$584,300**