INFORMACIÓN EJECUCIÓN CONTRACTUAL

1. **NO. DE CONTRATO:** IMC-011-2026
2. **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** MORAYMA PERAZA ARAMENDIZ-COMERCIALIZADORA DIANA
3. **OBJETO DEL CONTRATO:** **SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE ASEO Y CAFETERIA PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL ATLANTICO.**
4. **FECHA QUE CUBRE EL INFORME:** 04-05-2026 — 27-05-2026
5. **FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:** 27-05-2026
6. **NOMBRE DEL INTERVENTOR/ SUPERVISOR:** HABIB SALIN CURE RUIZ
7. **CARGO:** AUXILIAR ADMINISTRATIVO
8. **NO. DE INFORME DE GESTIÓN:** 01
9. **FECHA DE PAGO O CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.** 19-05-2026

INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS

10. ACTIVIDADES REALIZADAS EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL:

EL CONTRATISTA PAGÓ LOS IMPUESTOS DISTRITALES Y DEPARTAMENTALES CORRESPONDIENTES EN CUMPLIMIENTO A LA CLAUSULA 7 DEL PRESENTE CONTRATO, COMO CONSTA EN LOS COMPROBANTES DE PAGO No. 20260067473 DE LA GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO Y 20260053155 DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA. EL CONTRATISTA PRESENTÓ LA PÓLIZA No. 85-46-101051046 QUE AMPARA CUMPLIMIENTO, CALIDAD DE LOS BIENES Y PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES, DE CONFORMIDAD CON LA CLÁUSULA 8 DE ESTE CONTRATO, de la misma forma presento las planillas de pago de aportes a seguridad social. EN CUMPLIMIENTO AL OBJETO DEL CONTRATO EL CONTRATISTA REALIZO LA ENTREGA PARCIAL DE ELEMENTOS DE ASEO Y CAFETERIA PARA LAS DEPENDENCIAS DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL ATLANTICO, CUMPLIENDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS.

11. RECIBIDO A SATISFACCION

EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 17 DEL CONTRATO No. IMC-011-2026, SE RECIBE A SATISFACCIÓN LA ENTREGA PARCIAL DE ELEMENTOS DE ASEO Y CAFETERIA PARA LAS DEPENDENCIAS DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL ATLANTICO, **IDENTIFICADO CON EL NIT No.49733181-9** SEGÚN FACTURA No. P6227

Fecha: 27-05-2026

Habib Salin Cure R.

HABIB SALIN CURE RUIZ

Supervisor:

Contrato: IMC-011-2026

CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL
DEL ATLÁNTICO

INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	INFORME No.1	NUMERO DE CUENTA PRESENTADA: P6227
Contrato N°	IMC-011-2026	
Nombre del interventor y/o Supervisor	HABIB CURE RUIZ	

2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL

Tipo de contrato	Prestación de Servicios:	Otro: X SUMINISTRO
Nombre del contratista	MORAYMA PERAZA ARAMENDIZ-COMERCIALIZADORA DIANA	
Identificación del contratista	49733181-9	
Objeto del contrato	**SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE ASEO Y CAFETERIA PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL ATLANTICO.**	
Plazo	6 MESES	
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	48	Fecha del C.D.P (dd-MM-yyyy): 12-03-2026
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	61	Fecha del R.P (dd-MM-yyyy): 10-04-2026

Valor del contrato		
	Contrato Inicial	$ 14.394.630
	Adición 1	$
	Adición 2	$
	Adición 3	$
	Total	$ 14.394.630

Fecha de inicio del contrato (dd-MM-yyyy)	Fecha de terminación del contrato (dd-MM-yyyy)	Fecha de Suspensión (dd-MM-yyyy)	Fecha de reinicio (dd-MM-yyyy)
04-05-2026	04-11-2026		

3. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia Desde (dd-MM-yyyy)	Vigencia Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidad del servicio	SEGUROS DEL ESTADO	85-46-101051046	10-04-2026	10-04-2027
Cumplimiento	SEGUROS DEL ESTADO	85-46-101051046	10-04-2026	10-04-2027
Anticipo				
Pago anticipado				
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados				
Salarios y prestaciones	SEGUROS DEL ESTADO	85-46-101051046	10-04-2026	10-10-2029
Responsabilidad Civil Extracontractual				
Otros				

4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial (IVA incluido)		$ 14.394.630
Adición No. 1		$
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$ 14.394.630
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ 6.363.603
Valor por ejecutar		$ 8.031.027
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 6.363.603**
No. Factura o Cuenta de Cobro		No. P6227

5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE
Salud	12.5%	$	
Pensión	16%	$	
ARL	0,522%	$	

6. CERTIFICACION APORTES PARAFISCALES REPRESENTANTE LEGAL-REVISOR FISCAL (Persona Jurídica)	Fecha (dd-MM-yyyy): 19-05-2026

7. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO

Con el presente Informe certifico que los datos suministrados en este documento los he verificado personalmente, por lo que ratifico el cumplimiento del objeto contratado, como también dejo constancia que el pago de los impuestos y de la seguridad social corresponde a las normas vigentes, de igual manera adjunto el informe del contratista donde se detallan las actividades realizadas y el cumplimiento del objeto contractual, conforme a lo estipulado en el contrato No. IMC-011-2026

FIRMA DEL INTERVENTOR	Habib Salom Cure R.
Identificación:	
Teléfono:	**3791824**
Dirección:	**CALLE 40 ENTRE 45 Y 46 PISO 7 Y 8**
Fecha de Interventoría(dd-MM-yyyy)	27-05-2026