

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 0501112026 DE 2026					
INFORME PERIODICO 4					
1. Datos generales					
Periodo del informe	01 AL 31 DE MAYO DEL 2026		Número de contrato/convenio:	501112026	
Tipo de contrato/convenio:	PRESTACION DE SERVICIOS		Fecha suscripción contrato/convenio:	24/01/2026	
Valor Inicial del contrato/convenio	\$	18.453.780,00	Plazo de Ejecución Inicial (hasta cuándo):	31 de diciembre de 2026	
			Plazo de Ejecución Final (hasta cuándo): De conformidad con la última prórroga	31 de diciembre de 2026	
Objeto:	"PRESTAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL ASCENSOR UBICADO EN CL 45 79 49 DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL CENTRO ZONAL NOROCCIDENTAL".				
Alcance del objeto (si aplica)	N/A				
2. Datos supervisor					
Cargo Supervisor ICBF (según cláusula de supervisión del contrato/convenio)	ORLANDO GUZMAN BENITEZ - COORDINADOR GRUPO INTERNO DE TRABAJO ADMINISTRATIVO				
Nombre y cargo Supervisor ICBF (que conoció de la ejecución del contrato/convenio - En orden cronológico)			Fecha en la que realizó la supervisión (desde y hasta cuando) - En orden cronológico	01/805/2026 - 31/05/2026	
Nombre y cargo del Supervisor ICBF (para efectos de liquidación)			Supervisores otras entidades (cooperantes) - (Si aplica)		
Otros supervisores (*)			Cargos de otros supervisores		
<i>(*) Si se trata de varios supervisores, deberán relacionarse todos.</i>					
3. Datos contratista					
Nombre Contratista:	SCALA ASCENSORES S.A.S		Cédula o NIT:	900.132.012-1	
Dirección:	CR 5 9 26 SUR PROYECTO SABANA PARK PH TO 1 P 4		Correo electrónico:	ycanon@scalaelevadores.com	
Representante Legal que suscribió el contrato/convenio:	VERONICA CAÑON GARAY		Identificación:	1126785147	
Representante Legal que suscribirá el acta de Liquidación (I):	VERONICA CAÑON GARAY				
Documentos que acreditan la competencia y facultades para liquidar	<i>Aportar e indicar en este espacio según aplique: Certificación de existencia y representación legal expedido por xxxxxxxx, certificación de reconocimiento de personería jurídica otorgada por la autoridad competente (indicar cual), resolución de nombramiento, acta de posesión... Etc. (Fecha de expedición no mayor a 30 días)</i>				
Fecha Certificado Actualizado de Existencia y Representación Legal (I):					
<i>(*) Estos datos solo deberán diligenciarse en el Informe Final para liquidación. Esta certificación debe ser no mayor a 30 días.</i>					
4. Plazo de duración del contrato/convenio					
Fecha inicio del contrato/convenio:	24/01/2026		Fecha de terminación inicial:	31/12/2026	
Fecha aprobación pólizas:	14/02/2026		Fecha expedición R.P.:	26/01/2026	
Fecha acta de inicio (si aplica):	12/02/2026				
Fecha documento de Prórroga (si aplica):			Prorrogado hasta cuándo (si aplica):		
Fecha aprobación póliza de la prórroga:					
<i>Si se presentan más prórrogas, incluir más filas para estas.</i>					
5. Información presupuestal					
Valor Inicial del contrato/convenio	\$	18.453.780,00			
Aporte ICBF	\$	18.453.780,00			
Aporte Contratista (si aplica)	\$	-			
No. de CDP:	72426	Fecha CDP:	16/01/2026	Valor de CDP:	\$ 18.453.780,00
No. de VF (si aplica)		Fecha VF:		Valor de VF:	
No. de RP:	239225	Fecha RP:	26/01/2026	Valor de RP:	\$ 18.453.780,00
(+) ADICIONES					
Fecha Documento Adición:			Valor Adición:		
Descripción del concepto de adición realizada en el periodo:					
No.CDP Adición:	Fecha inicial y/o de operación del CDP Adición:		Valor CDP Adición:		
No. de RP Adición:	Fecha inicial y/o de operación del RP Adición:		Valor RP Adición:		
Valor adición aporte contratista:					
Fecha aprobación póliza de la adición					
<i>Si se presentan más adiciones, incluir más filas para estas.</i>					
(-) DISMINUCIONES					
Fecha Documento Disminución:			Valor disminución:		
Descripción del concepto de disminución realizada en el periodo:					
No.CDP disminución:	Fecha inicial y/o de operación del CDP disminución:		Valor CDP disminución:		
No. de RP disminución:	Fecha inicial y/o de operación del RP disminución:		Valor RP disminución:		
Valor disminución aporte contratista:					



Fecha aprobación póliza de la disminución _____
Si se presentan más disminuciones, incluir filas para éstas.

(*) VALOR TOTAL (después de modificaciones) \$ 18.453.780,00

Valor anticipo (si aplica): _____

Porcentaje amortización (si aplica): _____

Fecha pago anticipo (si aplica): _____

Periodo facturado: _____

Forma de Pago:

EI ICBF pagará al contratista por PRESTAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL ASCENSOR UBICADO EN CL. 45 79-49 DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL CENTRO ZONAL NOROCCIDENTAL, en once (11) mensualidades vencidas, cada una por valor UN MILLÓN TRESCIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE (\$1.313.980), IVA INCLUIDO; los servicios se pagarán por el servicio recibido a satisfacción por el supervisor del contrato, incluidos todos los costos de insumos y materiales al igual que el transporte que se requiera, conforme al servicio efectivamente prestado y a la oferta presentada por el contratista.

EL ICBF pagará al contratista por concepto de bolsa de repuestos (la cual hace parte del mantenimiento correctivo), está en caso de requerirse y presentarse un daño u afectación con el ascensor, hasta la suma de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE, (\$4.000.000,00), IVA INCLUIDO, previo cumplimiento de los requisitos de acuerdo con los requerimientos y necesidades presentados y a la oferta presentada por el contratista. En caso de ser requerido durante la ejecución del contrato el suministro de repuestos y servicios para mantenimientos correctivos, LA ENTIDAD los cancelará contra facturación presentada por EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Presentación por parte del CONTRATISTA al supervisor del contrato de un informe con el cual se justifique técnicamente la necesidad de reemplazar los repuestos para el correcto funcionamiento del equipo;

b) Una cotización del o de los repuestos que deban ser reemplazados;

c) Documento suscrito por el supervisor del contrato en el cual se imparta aprobación para la prestación de servicio, incluyendo los repuestos necesarios para el mantenimiento correctivo.

d) Certificación expedida por el supervisor del contrato respecto del efectivo suministro de los repuestos requeridos; el pago se realizará dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la radicación de la factura y la certificación de cumplimiento, previa aprobación del PAC (Programa Anual Mensualizado de Caja).

Nota: Todos los pagos se realizarán conforme al PAC del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

6. Información relacionada con la contratación derivada (si aplica)

El supervisor certifica que durante la ejecución del contrato/convenio No. XXXXX (NO existió contratación Derivada o existió derivada según aplique) .

No. de Contrato/convenio	Objeto del contrato/convenio	Fecha de inicio del contrato/convenio	Plazo del contrato/convenio	Valor total del contrato/convenio	Fecha de liquidación	Certificación del contratista
						Que dicha contratación derivada se encuentre finalizada y/o liquidada, y que todos sus contratistas se encuentran a paz y salvo por todo concepto.

Este aparte debe diligenciarse el cuadro en el evento de existir contratación derivada. Se debe allegar la relación de la misma y la certificación de paz y salvo debidamente suscrita por el Contratante correspondiente y las actas de liquidación. De no existir contratación derivada señalar que no aplica dentro del requerido.

7. Certificaciones para pagos suscritas por el supervisor

Periodo certificado	Fecha de certificación	Valor pagado	Ubicación del documento soporte	Observaciones

8. Pagos Efectuados según estado de cuenta o información suministrada por la Dirección Financiera

Número de pago/desembolso, según cláusula de forma de pago	Valor bruto pagado o desembolsado	Fecha de la orden de pago correspondiente	Número de la orden de pago correspondiente	Observaciones (si el valor pagado fue diferente al pactado en la minuta, describir breve justificación, descuentos y concepto de los mismos)	Ubicación del documento soporte
1	\$ 1.313.980,00	13/03/2026	77612726		https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Rendering/ProcurementContractEdit/View7docUniqueIdentifier=C01_PCCN18_9119669&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1ContractsManagement%2fRendering%2fProcurementContractManagement%2fIndex&prevCtxUrl=Contratus+
2	\$ 1.313.980,00	0/04/2026	129268426		
3	\$ 1.313.980,00	2/06/2026	201770826		
4	\$ 1.313.980,00				
TOTALES	\$ 5.255.920,00				

9. Descuentos/Liberaciones/Reducciones al valor (si aplica)

Fecha Descuento/Liberación/Reducción	Valor Descuento/Liberación/Reducción	Concepto Descuento/Liberación/Reducción
TOTAL		

10. Reintegros efectuados (si aplica)

Tipo de Reintegro	Fecha reintegro	Valor reintegro	No. de Comprobante reintegro	Justificación del reintegro

Fecha de la certificación del cierre de la cuenta bancaria (aplica para rendimientos financieros) _____

Entidad Bancaria (aplica para rendimientos financieros) _____

** Para el informe final, debe adjuntarse a este documento extractos de cuenta bancaria que soporten el valor reportado de rendimientos financieros, copias de consignaciones de rendimientos y certificación de la Dirección Financiera que avale dichas consignaciones.*

Nota: De acuerdo con el tipo de contrato/convenio a liquidar, se deberá seleccionar el cuadro de balance financiero más ajustado o cercano a las condiciones del mismo.

Aplica para todos aquellos contratos tales como aporte, convenios o contratos interadministrativos y demás contratos en los cuales existen recursos del ICBF y del Contratista m los cuales exista o Contrapartida, en caso de que no haberse pactado indicar en este espacio " CERO (\$0)".

11. Resumen ejecución presupuestal acumulado (aplica también para informe final)

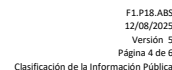
Concepto	Valor
VALOR INICIAL CONTRATO CONVENIO:	\$ 18.453.780,00
VALOR APOORTE ICBF:	\$ 18.453.780,00
VALOR APOORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	\$ 0,00
VALOR TOTAL ADICIONES	\$ 0,00
VALOR ADICIÓN APOORTE ICBF:	\$ 0,00
VALOR ADICIÓN APOORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	\$ 0,00
VALOR TOTAL REDUCCIONES	\$ 0,00
VALOR REDUCCIÓN APOORTE ICBF:	\$ 0,00
VALOR REDUCCIÓN APOORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	\$ 0,00
VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO	\$ 18.453.780,00
VALOR TOTAL APOORTE ICBF	\$ 18.453.780,00
VALOR TOTAL APOORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	\$ 0,00
VALOR TOTAL EJECUTADO:	\$ 0,00
VALOR EJECUTADO APOORTE ICBF:	\$ 0,00
VALOR EJECUTADO APOORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	\$ 0,00
PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA:	\$ 5.255.920,00
VALOR A LIBERAR A FAVOR DEL APOORTE DEL ICBF:	\$ 18.453.780,00
VALOR NO EJECUTADO APOORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	\$ 0,00
SALDO POR PAGAR AL CONTRATISTA:	-\$ 5.255.920,00
SALDO REINTEGRADO A FAVOR DEL ICBF	\$ 0,00

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

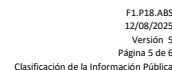
Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA.



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



(iv) El supervisor deberá señalar en "Observaciones" cualquier información que considere relevante relacionada con el cumplimiento de la obligación. El diligenciamiento de esta columna no es obligatorio.

15. Seguimiento a matriz de riesgos

Realizó seguimiento a la matriz de riesgos del presente contrato/convenio?	SI	X	NO	
Luego del seguimiento detectó alguno con alta probabilidad de ocurrencia?	SI		NO	X
Detalle cual(es) riesgos detectó con alta probabilidad de ocurrencia:				
Observaciones adicionales:				

Si hay algún riesgo que se materializó o que tiene alta probabilidad de ocurrencia debe informarse a la [Dirección de Contratación de la Sede de la Dirección General](#).

16. Certificación

El supervisor, con la suscripción del presente informe, certifica que el contratista cumplió con su obligación de acreditar los pagos al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales correspondientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Fecha emisión de Informe

10/06/2025

Firma

ORLANDO GUZMAN GONITEZ
COORDINADOR GRUPO INTERNO DE TRABAJO ADMINISTRATIVO

Firma

ALBA JANETH GONZALEZ QUIROGA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRUPO INTERNO DE TRABAJO ADMINISTRATIVO

Firma

CARLOS JOSE CRUZ GARCIA
ARQUITECTO CONTRATISTA GRUPO ADMINISTRATIVO

Firma

Nombre otro revisor
Cargo otro revisor

Nota: Si se requiere la firma de más personas que intervinieron en el ejercicio de supervisión, se podrán incluir.