E.S.E CENTRO DE SALUD CUCUNUBÁ		
MACROPROCESOS DE APOYO		
PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
SUBPROCESO DE CONTRATACIÓN		
FORMATO DE INFORME DE SUPERVISION PERSONA NATURAL		
Codigo: CT-F0124	Versión: V03-2025	Página: 1 de 1

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CUCUNUBÁ CUNDINAMARCA

INFORME DE SUPERVISION

Informe Parcial		Informe Final	X	Contrato No	165-2025

Periodo del Informe:	Del 18 de diciembre de 2025 al 22 de diciembre de 2025
Fecha en la que se rinde el informe:	Monday, December 29, 2025

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	JOSE IGNACIO HERRERA VILLAMIL			
NIT / C.C.	C.C. 79.168.479 de Ubate			
Nombre del Supervisor	CAMILO ALEXANDER ROJAS SUAREZ			
Cargo	Subgerente			
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LOGISTICA DE APOYO A LA GESTION PARA ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL PLAN DE BIENESTAR DE LA ESE CENTRO DE SALUD CUCUNUBA.			
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio	18 DE DICIEMBRE DE 2025			
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	18	12	2025	
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	268	01	12	2025
Registro Presupuestal	490	18	12	2025
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$ 14,570,000			
Adición	$ 0			
Valor Total del Contrato	$ 14,570,000			
Plazo de Ejecución Inicial	HASTA EL 22 DE DICIEMBRE DE 2025			
Prorroga No. 01	N/A			
Plazo de Ejecución Final	N/A			
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	22	12	2025	
Suspensión (según aplique)	N/A			
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	N/A			
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	N/A			
Cesión / Terminación Anticipada	N/A			
Aseguradora	N/A			
Garantía de Cumplimiento	N/A			
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A			

2. DESCRIPCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

De conformidad con el objeto contractual, se evidencia que el contratista de acuerdo al informe de actividades cumplio en un 100% respecto a las actividades y requerimientos solicitados en la ficha técnica del contrato. Preparacion y servicio a la mesa, salón evento, obra de teatro, sonido, incentivos, agenda, Bolsa.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O

NUMERO DEL COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA	VALOR
7348	2025-12-29	$ 14,570,000.00
		$ -
		$ -
		$ -

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

EL CONTRATISTA CUMPLIO EL 100% DEL VALOR DEL CONTRATO POR VALOR DE $ 14.570.000

5. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACION (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACION)

N.A

6. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

No hay

SUPERVISOR / A

FIRMA	
NOMBRE	CAMILO ALEXANDER ROJAS SUAREZ
CARGO	SUBGERENTE

E.S.E CENTRO DE SALUD CUCUNUBÁ		
MACROPROCESOS DE APOYO		
PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
SUBPROCESO DE CONTRATACIÓN		
FORMATO DE RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS		
Codigo: CT-F509	Versión: V01-2025	Página: 1 de 1

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CUCUNUBÁ CUNDINAMARCA

Informe Parcial	0	Informe Final	X

Periodo a certificar del informe	Del 18 de diciembre de 2025 al 22 de diciembre de 2025

El suscrito Supervisor / a certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece la normatividad vigente. .

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	29	12	2025		18	12	2025		22	12	2025

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
165	X		JOSE IGNACIO HERRERA VILLAMIL	C.C. 79.168.479 de Ubate
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
N.A.	3112161525		Calle 9 No. 8 – 85 Ubaté - Cundinamarca	nachitoherrera1308@gmail.com

OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LOGISTICA DE APOYO A LA GESTION PARA ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL PLAN DE BIENESTAR DE LA ESE CENTRO DE SALUD CUCUNUBA.
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	La E.S.E. pagará al CONTRATISTA el valor fijado, en un único pago, dependiendo de los servicios prestados en el respectivo periodo, multiplicados por los precios unitarios aceptados por la E.S.E. del ANEXO, que forman parte integral del presente estudio. Previa verificación y certificación del SUPERVISOR, como único responsable del seguimiento de la ejecución del Contrato. Valor que incluye retenciones, impuestos, tasas, contribuciones y descuentos de ley, y todo costo directo e indirecto que la ejecución contractual conlleve y la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud-Pensión-Riesgos Laborales y la presentación de la respectiva factura y/o cuenta de cobro; de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 1273 de 2018. PARÁGRAFO 1° El supervisor que no verifique el pago al sistema de seguridad social integral y aportes parafiscales incurrirá en causal de mala conducta y estará sujeto a las sanciones establecidas en el Código Único Disciplinario (Ley 1952 de 2019). PARÁGRAFO 2°. El término del pago sólo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. PARÁGRAFO 3° El pago se realizará de acuerdo al flujo de caja de la E.S.E, previo cumplimiento de requisitos legales.

NUMERO DE RUBRO	212020200803 245020905	NOMBRE DEL RUBRO	CAPACITACION Y BIENESTAR CAPACITACION Y BIENESTAR SOCIAL

ENTIDAD BANCARIA	BANCO AV VILLAS

CUENTA N°	BANCO AV VILLAS 452743763	AHORROS

AFECTACION PRESUPUESTAL	VALOR	NUMERO DE PAGOS	VALOR
VALOR REGISTRO PRESUPUESTAL	$ 14,570,000	PRIMERO	$ 14,570,000
		SEGUNDO	$ 0
		TERCERO	$ 0
		CUARTO	$ 0
		QUINTO	$ 0
		SEXTO	$ 0
		SEPTIMO	$ 0
		OCTAVO	$ 0
		NOVENO	$ 0
		DECIMO	$ 0
ADICION	$ 0	ONCEAVO	$ 0
		DOCEAVO	$ 0
		TOTAL DE PAGOS	$ 14,570,000
		SALDO POR EJECUTAR	$ 0
TOTAL	$ 14,570,000	VALOR TOTAL	$ 14,570,000
PORCENTAJE DE EJECUCION DEL CONTRATO			100%

CERTIFICADO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE R.P
01	12	2025	268

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE R.P
18	12	2025	490

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL MES DE ENERO 2025

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
12	12	2025	8639307188

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X
	NO	

PERIODO A CERTIFICAR	DEL			AL		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	18	12	2025	22	12	2025

OBSERVACIONES (si se requiere)	

SUPERVISOR

NOMBRE:	CAMILO ALEXANDER ROJAS SUAREZ
CARGO:	SUBGERENTE
FIRMA:	