	FORMATO INFORME DE SUPERVISION - EVALUACION Y PAGO PROVEEDORES CONTRATOS -CONVENIOS				
	VERSIÓN: 02		Pagina: 1 de 1		
Dependencia:	SECRETARIA DE PLANEACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS	Número de pago/ total de pagos:	1/	Fecha:	27/05/2026

Marque con "X"		DATOS ESPECIFICOS							
OPS		Número:	MCH-SAMC-SI-002 DE 2026			Fecha de iniciación:	29/05/2026		
CONTRATO		Fecha de suscripción:	28/04/2026			Fecha de terminación:	31/12/2026		
RESOLUCIÓN		N° CDP:	201	Fecha :	9/03/2026	Duración:	31/12/2026	Meses	Dias
FACTURA		N° RP:	612	Fecha :	28/04/2026	Periodo a pagar:	19/5/26 al 26/5/26		
CONVENIO		Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:	0	0	0
SAMC	X	Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:	0	En tiempo:	0
Objeto:		SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE (DIESEL, GASOLINA Y UREA AUTOMOTRIZ) PARA LA MAQUINARIA AMARILLA Y DEMAS VEHÍCULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR PROPIEDAD DEL MUNICIPIO DE CHITA- BOYACÁ							

INFORMACION BASICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	DISTRIBUIDORA DE COMBUSTIBLES Y SUMINISTROS DE BOYACA "DISCOM-BOYACA SAS"									
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula		Nit.	X	Número:	901.169.249	DV.	1	
Dirección:	CL 4 2 52									
Número de Teléfono:	0		FAX:			CEL.	310638926			

ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"				
	Persona Natural:		Persona Jurídica:	X	
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:		
	IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro		
	Actividad IICA- Código CIIU:	4731	Tarifa:		
	He verificado de esta información frente al RUT :		SI:	X	NO:

INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor inicial del contrato:	$ 220.000.000,00
Adición No.	$ 0,00
Valor Total del contrato:	$ 220.000.000,00
Valor pagado:	$ 0,00
Valor a pagar en el periodo:	$ 55.003.648,00
Saldo:	$ 164.996.352,00

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: X	NO:	# de folios:	
Observaciones del Interventor a los trabajos ejecutados:	SI: X	NO:		

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
Valor pagado $	141.200	Periodo	ABRIL	Valor pagado $	282.100	Periodo	ABRIL
Comprobante de pago Número:		329099221		Comprobante de pago Número:		329099221	
Fecha de pago:		22 de mayo de 2026		Fecha de pago:		22 de mayo de 2026	

Aportes ARP				Pensionado:	SI:	NO: X
Valor pagado $	264.200	Periodo	ABRIL	Certificación:	SI:	NO: X

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

REEVALUACION DEL PROVEEDOR

TEMA	PESO	CRITERIO	Cal.	Vr. Real	Vr. Ideal	DIFERENCIA
Cumplimiento Exigencias Contractuales	60%	Productos y/o servicios acordes con los requeridos	4	0,02	0,03	0,01
		Cumplimiento de plazos contractuales o de cronogramas acordados	4	0,02	0,03	0,01
		Presentó Informes Oportunamente	5	0,03	0,03	0,00
Otras actividades	40%	Atención a reclamos y/o aclaraciones	4	0,02	0,02	0,00
		Servicio al cliente	5	0,02	0,02	0,00
		Conocimiento o idoneidad del contratista en la prestación del servicio o suministro del bien	5	0,02	0,02	0,00
	100%	TOTALES	27	0,13	0,15	0,02
		CALIFICACION TOTAL			89,33%	

REEVALUACION DEL PROVEEDOR

Criterios de Evaluación:
TEMA: Celda no modificable
PESO: Se define cuando se realiza la firma del contrato
CRITERIO: Celda no modificable
CALIFICACIÓN: Se diligencia con un valor de 1 a 5, siendo 1 el inferior y 5 el superior dependiendo del cumplimiento de las obligaciones por parte del proveedor
Vr. Real - Vr. Ideal - Diferencia: Valores con fórmula - Celdas no modificables

	BUENO
BUENO	SI LA CALIFICACION TOTAL ES MAYOR O IGUAL A 80%
REGULAR	SI LA CALIFICACION TOTAL ESTA ENTRE 51% Y 79%
DEFICIENTE	SI LA CALIFICACION TOTAL ES MENOR A 50%
Acción a seguir:	

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes y en concordancia con lo estipulado en el Manual de Interventoría de la ESAP (Resolución 049 de 2008), los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

Anexos: Copia de aporte a pensión SI: X NO:
Copia de aporte a salud SI: X NO:
Copia aporte ARP SI: X NO:

FIRMA DEL SUPERVISOR
NOMBRE DEL SUPERVISOR: FROYER NEUMAR CELY HERNANDEZ
C.C.: 1.010.229.083
CARGO: Supervisor

Proyecto y elaboró:
Reviso: FROYER NEUMAR CELY HERNANDEZ