



PLANEACIÓN

ALCALDÍA de CHITA

FORMATO INFORME DE SUPERVISION - EVALUACION Y PAGO PROVEEDORES CONTRATOS -CONVENIOS											
DEPENDENCIA:		SECRETARIA DE PLANEACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS		NÚMERO DE PAGO/ TOTAL DE PAGOS:		2		FECHA:		08/07/2026	
MARQUE CON "X"		DATOS ESPECÍFICOS									
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				Duración: 31/12/2026				Meses: 0	
FACTURA		N° RP: 612				Período a pagar: 26/5/26 al 08/07/26				Días: 0	
CONVENIO		Requiere Informe: SI: X NO: 0				Suspensión No.: 0				En tiempo: 0	
SAMC		Entregó Informe: SI: X NO: 0				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: 0			
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:		\$ 55.003.648,00									
Valor a pagar en el periodo:		\$ 50.148.750,00									
Saldo:		\$ 114.847.602,00									
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD		El informe cumple con lo estipulado en el contrato: SI: X NO: 0									
		Observaciones del Interventor a los trabajos ejecutados: SI: X NO: 0									
APORTES SEGURIDAD SOCIAL		PERSONA NATURAL:									
		Aportes a Salud					Aportes a Pensión				
		Valor pagado \$ 926.200 Período Mayo - Junio					Valor pagado \$ 282.100 Período Mayo - Junio				
		Comprobante de pago Número: 329099221					Comprobante de pago Número: 329099221				
		Fecha de pago: 25 de junio de 2026					Fecha de pago: 25 de junio de 2026				
		Aportes ARP					Pensionado: SI: 0 NO: X				
		Valor pagado \$ 264.200 Período Mayo - Junio					Certificación: SI: 0 NO: X				
		PERSONA JURÍDICA: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: 0 NO: 0									
REEVALUACION DEL PROVEEDOR		CRITERIO									
		TEMA		PESO		Cal.		Vr. Real		Vr. Ideal	
		Cumplimiento Exigencias Contractuales		60%		4		0,02		0,03	
						4		0,02		0,03	
						5		0,03		0,03	
						4		0,02		0,02	
		Otras actividades		40%		5		0,02		0,02	
						5		0,02		0,02	
						5		0,02		0,02	
						27		0,13		0,15	
										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.									
FIRMA DEL SUPERVISOR		Anexos: Copia de aporte a pensión SI: X NO: 0									
NOMBRE DEL SUPERVISOR		Copia de aporte a salud SI: X NO: 0									
C.C.:		Copia aporte ARP SI: X NO: 0									
CARGO:		Proyecto y elaboró: FROYER NEOMAR CELY HERNÁNDEZ									
		Revisó: FROYER NEOMAR CELY HERNÁNDEZ									