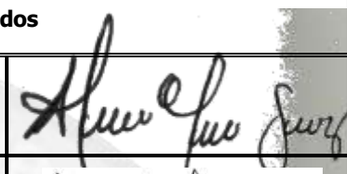
INFORME DE SUPERVISIÓN

INFORME DE ACTIVIDADES PERÍODO: Del 01 de Octubre al 31 de Octubre de 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
No. CONTRATO Y FECHA	**CQ-CD-152-2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**Adriana Maria Garzón**
No. DE IDENTIFICACIÓN	**1.074.128.714**
TELÉFONO DE CONTACTO	**3224497187**
DIRECCIÓN	**Vereda Camping**
PLAZO DE EJECUCIÓN	**173 días**
VALOR	**DIECISEIS MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($16.613.333) M/CTE**
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	**2026000294 DEL 01/07/2026**
FECHA ACTA DE INICIO	**09 de Julio de 2026**
PRORROGA	**NO APLICA**
ADICIÓN	**NO APLICA**
SUSPENSIÓN	**NO APLICA**
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	**31 De Diciembre de 2026**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO INTEGRAL DEL CENTRO TRANSITORIO DEL MENOR INFRACTOR DEL MUNICIPIO DE CÁQUEZA CUNDINAMARCA**
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DEBEN DAR CUENTA DE MANERA CLARA Y PRECISA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES; POR TANTO, NO PUEDE SER LA TRANSCRIPCIÓN DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.	**VIRTUAL: SECOP II** **Durante el periodo a cobrar, se ha apoyado a la Secretaria de Gobierno y Desarrollo Institucional, llevando a cabo la recepción de menores en las Instalaciones del Centro Transitorio del Menor Infractor CETRA, en el cual se deja constancia en la minuta de los menores recepcionados, a los cuales se les apoya con los utensilios de su personal, alimentación y en algunos casos hasta con ropa.**
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Manifiesto que el contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato, desarrollando en el ejercicio de sus actividades las habilidades requeridas para tal efecto.		
PAGO APORTES SALUD	**ATENDIENDO QUE LA EMPRESA NO TIENE PERSONAL A CARGO SE ALLEGA PAGO DEL PROFESIONAL ASIGNADO AL PROYECTO.** **Empresa: Salud Total**	
PAGO APORTES PENSIÓN	**Fondo de Pensiones: COlfondos**	
FIRMA CONTRATISTA	**CONTRATISTA**	
FIRMA DE INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	**COMISARIA**	