ACTA DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA

Parcial [ ] **Final** [X]

ADQUISICIONES

FECHA DE EXPEDICION							
Día		Mes		Año			
1	9	0	3	2	0	2	1

INFORMACION GENERAL

Contratista: ANGELICA MARIA JENNIFER DEMETRIO ROMERO CONTRATO No. 23831/2020 - 1

Cédula de Ciudadanía ó Nit. No. **53076067-2**

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA IMPLEMENTAR LOS PROCESOS DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE PRODUCTOS CARTOGRÁFICOS, DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y RENDIMIENTOS ESTABLECIDOS.

Lugar Ejecución: BOGOTA_D.C. **Fecha aprobación póliza:** **05/08/2020**

Vigencia: **del** 05/08/2020 **Hasta:** 15/03/2021

Termino de ejecución: **del** 05/08/2020 **Hasta:** 15/03/2021

Período Reportado: **01/03/2021** **al** **15/03/2021**

Valor Total **$26,506,575.00** **Honorarios:** **$26,506,575.00** **Gastos Manutención** **$.00**

Forma de pago: UN PRIMER PAGO CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 2020 PROPORCIONAL AL TIEMPO EJECUTADO DE LOS DÍAS DE SERVICIO EFECTIVAMENTE PRESTADOS. PAGOS MENSUALES MES VENCIDO POR LA SUMA DE $ 3.534.210 PROPORCIONAL AL TIEMPO EJECUTADO.

Reporte de pagos a Salud y Pensión. (En el caso de personas jurídicas anexar la certificación de cumplimiento de los pagos parafíscales).

Número	Sistema	Entidad	Período Cotizado	No. de Autorización	Aportes
8	ARL	POSITIVA ARL	02	48732175	$34,500.00
8	ARL	POSITIVA ARL	03	49377503	$22,200.00
8	SALUD	FAMISANAR E.P.S.	02	48732175	$176,800.00
8	SALUD	FAMISANAR E.P.S.	03	49377503	$113,600.00
8	PENSION	PORVENIR PENSIONES S.A.	02	48732175	$226,200.00
8	PENSION	PORVENIR PENSIONES S.A.	03	49377503	$145,400.00

Reporte de valores a pagar

No. de Pago	Valor del Pago	Saldo por Pagar
8	$1,767,105.00	$471,228.00

No. Cuenta Bancaria: -67445954273 No. Rubro Presupuestal:

INFORMACION A REPORTAR

Reporte sobre la ejecución del contrato. (indicar cumplimiento del objeto contractual, si lo hubo, describir actividades realizadas y productos recibidos, refiriendo el numeral - literal cumplido del objeto contractual)

El contratista cumplió con la normatividad ambiental aplicable a este contrato SI [X] NO [ ]

El contratista ha cumplido con las obligaciones administrativas técnica, jurídicas y financieras de acuerdo con el objeto contractual desarrollando las siguientes actividades:

en cumplimiento de la cláusula 2.

2 le asigné y realizó la validación de las bases de datos y dtm de acuerdo con las siguientes asignaciones:
• validación dtm_18_4326_parte2, en alturas elipsoidales, con 621.099 has en primera inspección generada por geospatial sas
• validación dtm_18_4326_parte2, en alturas ortometricass, con 621.099 has en primera inspección generada por geospatial sas
• validación dtm_8_4326, en alturas elipsoidales, con 621.099 has en segunda inspección generada por geospatial sas
• validación dtm_8_4326, en alturas oortometricas, con 621.099 has en segunda inspección generada por geospatial sas
• validación dtm_la_virginia a escala 1:2.000 con 650 has en primera inspección, generada por amco
2.1 para la validación realizó la verificación de la completitud de la captura a partir de los insumos suministrados, de acuerdo con el modelo de datos para los proyectos relacionados
2.2 realizó la verificación de que los proyectos relacionados cumplieran con los parámetros de calidad establecidos en la especificación técnica
3 participó en capacitación sobre revisión aplicativo base de datos el 3 de marzo
4 participó en capacitación sobre herramienta validadores ortoimagenes el dia 11 de marzo

2.19 elaboró el informe mensual, y demás requeridos por el supervisor del contrato de la ejecución de los procesos de validación de bases de datos cartográficas asignadas

la ruta que se dispuso para que se copiara la información producto de su contrato es:
\\172.26.0.20\elite_sub_geografia_cartografia\validacion\2021\procesos

2.20 aplicó lo establecido en los procedimientos documentados (manuales, instructivos, metodologías, guías), para el cumplimiento de actividades contractuales, así como el diligenciamiento de formatos oficiales y demás actividades para el control de los procesos de sistema integrado de gestión.

SUPERVISOR(A) O INTERVENTOR(A)

OLGA CECILIA VILLAMARIN MESA	Olga C Villamarin M
NOMBRE	**FIRMA**