



**INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISION DE PROVEEDOR O CONTRATISTA**

FR-GAD-02-V5  
Vigencia: 8/08/2014  
Pág. 1 de 6

Fecha: **13** de **noviembre** de **2014**

Marque con una "X" según sea el caso: Acta de recibo Parcial  Final

**INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO**

<b>Contrato número:</b>	191-2014
<b>Tipo de contrato:</b>	Prestación de Servicios Profesionales
<b>Nombre de Contratista:</b>	Mario Sigfrido Huertas López
<b>Objeto del contrato:</b> Prestación de Servicios profesionales para la capacitación de Funcionarios, Doentes, Contratistas del Instituto Tecnológico de Soledad Atlántico ITSA, en el módulo de Neuromarketing Empresarial, como parte del Diplomado Formación en Desarrollo de Capacidades Corporativas encaminadas hacia una gestión sostenible en el Instituto Tecnológico de Soledad Atlántico ITSA, en el marco del Convenio Especial de Cooperación No.00133 de 2014 entre el Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA- y el Instituto Tecnológico de Soledad Atlántico ITSA.	

<b>Valor del contrato:</b>	\$1.000.000	<b>CDP Numero:</b>	23660	
<b>Plazo del contrato:</b>	<b>Fecha de inicio:</b>	28 de octubre de 2014	<b>Fecha de finalización:</b>	30 de noviembre de 2014
<b>Suspensión de contrato: (Si aplica)</b>	<b>Fecha de suspensión:</b>	NA	<b>Fecha de reinicio:</b>	NA
<b>Valor a Pagar:</b> Un Millón de Pesos m/l (1.000.000)				
<b>Periodo al que corresponde el pago:</b>	28 de octubre a 13 de noviembre de 2014			

**GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):**

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia	
			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidad del servicio				
Cumplimiento				
Anticipo				
Pago anticipado				
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados				
Salarios y prestaciones				
Responsabilidad Civil Extracontractual				
Otros				



**INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISION DE PROVEEDOR O CONTRATISTA**

FR-GAD-02-V5  
Vigencia: 8/08/2014  
Pág. 5 de 6

Otros

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE
Salud	12.5%	\$687.500	Noviembre
Pensión	16%	\$935.000	Noviembre
ARL			

**CERTIFICACION APORTES PARAFISCALES REPRESENTANTE LEGAL-REVISOR FISCAL (Persona Jurídica)**  
Fecha (dd-MM-yyyy):

**ASISTENTES A LA REUNIÓN**

<b>Interventor(es) o Supervisor (es):</b>	Shirley María Urdaneta Cuesta		
<b>Por parte del contratista:</b>	Mario Huertas López		
<b>Lugar donde se realiza la reunión</b>	Oficina de Planificación y Proyectos-Sede Barranquilla		
<b>Hora de inicio (a.m./p.m.)</b>	6:00 p.m.	<b>Hora de finalización (a.m./p.m.)</b>	6:30 p.m

**VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO**

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Brindar la formación requerida en desarrollo del objeto contractual.	Se evidencia el cumplimiento de esta actividad en la capacitación dictada el día 13 de Noviembre de 2014.
Apoyar y asesorar en la planeación y desarrollo del Módulo de Neuromarketing Empresarial, proveyendo los medios requeridos a cada uno de los participantes.	Se evidencia el cumplimiento de esta actividad en la capacitación dictada el día 13 de Noviembre de 2014.
Apoyar en la coordinación y desarrollo del módulo.	Se evidencia el cumplimiento de esta actividad en la capacitación dictada el día 13 de Noviembre de 2014. Así como el envío del respectivo material de apoyo.
Cumplir de buena fe con el objeto del contrato.	Se evidencia el cumplimiento de esta actividad en la capacitación dictada el día 13 de Noviembre de 2014.
Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.	Se evidencia legalización del contrato y cumplimiento en las sesiones de clase programadas
Encontrarse al día en el pago de los aportes de	Se evidencia el pago de los aportes de



**INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISION DE PROVEEDOR O CONTRATISTA**

FR-GAD-02-V5  
Vigencia: 8/08/2014  
Pág. 6 de 6

seguridad social durante la ejecución del contrato.	seguridad social correspondientes al mes de Noviembre de 2014.
Rendir informe académico de las actividades desarrolladas en el módulo.	Se evidencia cumplimiento de la actividad conforme a la propuesta recibida por el capacitador, en cuanto a intensidad horaria y temáticas a desarrollar.
Presentar la cuenta de cobro.	Se evidencia la presentación de la cuenta de cobro de la sesión de clase realizada el día 13 de Noviembre de 2014.

**EVALUACIÓN AL PROVEEDOR O CONTRATISTA**

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

OPCIONES A EVALUAR	1	2	3	4	5
Cumplimiento al objeto del contrato					x
Calidad de las especificaciones del bien o servicio					x
Cumplimiento de la entrega					x
Atención al cliente por parte del contratista					x

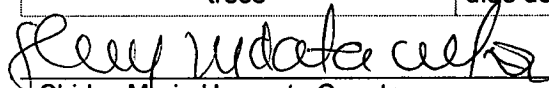
Calificación proveedor o contratista: 5

**COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN**

Compromiso	Fecha de entrega	Responsable
NA	NA	NA

Fecha de la próxima reunión	NA	De	NA	de	NA
-----------------------------	----	----	----	----	----

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los ( 13 )  
trece días del mes de noviembre de 2014

  
Shirley Maria Ursaneta Cuesta  
INTERVENTOR (ES) o SUPERVISOR (ES)

  
Mario Sigfrido Huertas López  
CONTRATISTA