Informe de Supervisión

Dependencia	Número de Pago	Total de Pagos	Fecha	Estado
TERRITORIAL ATLANTICO - T02	2	4	10-05-2021	PAGADA

Acto Administrativo - Datos específicos

Tipo de Vinculación	Número de Contrato	Vigencia	Tipo de Pago
CONTRATO	008	2021	

Fecha de Suscripción	Fecha de Iniciación /Acta de Inicio	Fecha de Terminación	Duración Meses / días
09-03-2021	10-03-2021	09-07-2021	4 / 0

Número CDP	Fecha CDP	Número RP	Fecha RP
1721	08-03-2021	3021	09-03-2021

Registro Presupuestal Adicional	Fecha Registro Presupuestal Adicional

Número de Suspensión	Tiempo de Suspensión	Número de Prorroga	Tiempo de Prorroga

Objeto

Prestar sus servicios profesionales para brindar apoyo en el programa de pregrado a la Coordinación Académica, en el desarrollo de las actividades necesarias para la ejecución de los procesos académicos y administrativos propios del programa de educación formal ofertados por la Territorial

Información básica del Contratista

Nombre / Razón Social		
ALBERTO FABIO DEVIA ARAGON		
Tipo de Documento	**Número de Documento**	**D.V**
CÉDULA DE CIUDADANÍA COLOMBIANA	[illegible]	
Dirección Domicilio		**Correo Electrónico**
[illegible]		alberto.devia821@esap.gov.co
Número Telefono fijo	**Extensión Oficina**	**Celular**
[illegible]		[illegible]
Tipo de Cuenta	**Número Cuenta**	**Banco**
AHORRO	[illegible]	BANCOLOMBIA

Aspectos Tributarios

☑ Persona Natural	☐ Persona Jurídica	☐ Entidad sin ánimo de lucro
☐ No Responsable de IVA	☐ Responsable de IVA	☐ Gran Contribuyente
☐ Autoretenedor	☑ Verificado en RUT	☐ Pensionado
☑ R.U.T (Actividad Económica P/pal)	☑ R.I.T (Actividad ICA)	**Soy Declarante de Renta: NO**

No. Código CIIU	Descripción Actividad	Tarifa
8543	EDUCACIÓN DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O DE ESCUELAS TECNOLÓGICAS.	9,66 * 1000

No. Factura	Fecha Factura
0	

Cálculo de valor a pagar cuando se trate de Contratos de Capacitación

Valor del Contrato	Horas totales a dictar según contrato	Valor por hora
0	0	0
Valor por hora	**Horas dictadas a pagar**	**Valor a Pagar**
0	0	0

Información Financiera del Contrato o Convenio

Valor Inicial del Contrato	Adición No.	Total Adición	Valor Total del Contrato
10.350.000,00		0,00	10.350.000,00
Total Pagado	**Valor a Pagar en el periodo**		**Saldo**
2.587.500,00	2.587.500,00		5.175.000,00

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 2471 de 2012), los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

Revisor de Cuenta de Cobro

Documento	Nombre
22657391	LIZ KARINA BARRAGAN PEÑATE

Supervisor		
Documento	Nombre	Firma Supervisor
22657391	LIZ KARINA BARRAGAN PEÑATE	_____

Lista de Documentos soportes del Contrato

Clase Documento	Número	Valor	Fecha Emisión	Archivo
CONTRATO	-	-	-	CLAUSULADO__ATL_C008_2021
ACTA DE INICIO	-	-	-	ACTA_DE_INICIO_ALBERTO_20
RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)	3021	10.350.000,00	09-03-2021	3021_Alberto_Devia_pdf
CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	1721	10.350.000,00	08-03-2021	CDP_1721_pdf
RUT	-	-	-	RUT_ADA_pdf

Lista de Documentos soportes de la Cuenta de Cobro

Clase Documento	Número	Valor	Fecha de Pago	Periodo	Descripción	Archivo
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	INFORME_ABRIL_2021_pdf
SOPORTE CAUSACION SIIF	14921	2.587.500,00	25-05-2021	-	-	ALBERTO_FABIO_pdf
CONSIGNACION BANCARIA PAGO SEGURIDAD SOCIAL	-	-	-	-	-	SoporteDePago_General_778
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	CARTA__VIATICOS_ABRIL__20

CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL

De conformidad con el calendario de pagos de contabilidad, se autoriza el presente pago, no obstante el contratista se compromete a ejecutar sus oblicaciones hasta el vencimiento del plazo contractual establecido el cual será verificado por el supervisor.

Contratista		
Documento	Nombre	Firma Contratista
72213821	ALBERTO FABIO DEVIA ARAGON	