Informe de Supervisión

Dependencia	Número de Pago	Total de Pagos	Fecha	Estado
TERRITORIAL ANTIOQUIA - T01	1	4	18-09-2021	PAGADA

Acto Administrativo - Datos específicos

Tipo de Vinculación	Número de Contrato	Vigencia	Tipo de Pago
CONTRATO	112	2021	

Fecha de Suscripción	Fecha de Iniciación /Acta de Inicio	Fecha de Terminación	Duración Meses / días
03-08-2021	04-08-2021	16-12-2021	4 / 13

Número CDP	Fecha CDP	Número RP	Fecha RP
5121	26-05-2021	14621	04-08-2021

Registro Presupuestal Adicional	Fecha Registro Presupuestal Adicional

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

Objeto

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO EN EL COMPONENTE DE GESTIÓN CULTURAL, EN EL MARCO DEL PROGRAMA INTEGRAL DE FORTALECIMIENTO ACADÉMICO Y TERRITORIAL DE LA ESAP

Información básica del Contratista

Nombre / Razón Social		
NATALIA MARCELA URREGO USUGA		
Tipo de Documento	**Número de Documento**	**D.V**
CÉDULA DE CIUDADANÍA COLOMBIANA	1128439682	
Dirección Domicilio		**Correo Electrónico**
CL 13 10 164 BRR MESA		NATALIA.MARCELA@esap.edu.co
Número Telefono fijo	**Extensión Oficina**	**Celular**
		3135191384
Tipo de Cuenta	**Número Cuenta**	**Banco**
AHORRO	02831730897	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
8211	ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA.	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
5.985.000,00		0,00	5.985.000,00
Total Pagado	**Valor a Pagar en el periodo**		**Saldo**
0,00	1.350.000,00		4.635.000,00

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
79154261	CARLOS HUGO BELTRAN RAMIREZ

Supervisor		
Documento	Nombre	Firma Supervisor
79154261	CARLOS HUGO BELTRAN RAMIREZ	_____

Lista de Documentos soportes del Contrato

Clase Documento	Número	Valor	Fecha Emisión	Archivo
CONTRATO	-	-	-	Clausulado_Contrato_pdf
DESIGNACION DE SUPERVISOR	-	-	-	REASIGNA_SUPERVISOR_Gener
RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)	14621	5.985.000,00	04-08-2021	14621_RP_CONTRATO_112_APO
CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	5121	9.450.000,00	26-05-2021	5121_CDP_URREGO_pdf
EXAMEN MEDICO	-	-	-	EXAMEN_MEDICO_pdf
AFILIACION ARL	-	-	-	ARL_NATALIA_pdf
RUT	-	-	-	RUT_pdf

Lista de Documentos soportes de la Cuenta de Cobro

Clase Documento	Número	Valor	Fecha de Pago	Periodo	Descripción	Archivo
PAGO SALUD (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	87396364	113.600,00	30-08-2021	AGOSTO	SALUD	PLANILLA_DE__SEGURIDAD__N
PAGO PENSION (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	87396364	145.400,00	30-08-2021	AGOSTO	PENSION	PLANILLA_DE__SEGURIDAD__N
PAGO ARL (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	87396364	4.800,00	30-08-2021	AGOSTO	ARL	PLANILLA_DE__SEGURIDAD__N
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	1__PLAN_DE_TRABAJO_LISTO_
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	INFORME_DE_ACTIVIDADES_NA
SOPORTE CAUSACION SIIF	55721	1.350.000,00	27-09-2021	-	-	55721_NATALIA_pdf

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
1128439682	NATALIA MARCELA URREGO USUGA	_____