Informe de Supervisión

Dependencia	Número de Pago	Total de Pagos	Fecha	Estado
TERRITORIAL ATLANTICO - T02	5	7	24-09-2021	PAGADA

Acto Administrativo - Datos específicos

Tipo de Vinculación	Número de Contrato	Vigencia	Tipo de Pago
CONTRATO	071	2021	

Fecha de Suscripción	Fecha de Iniciación /Acta de Inicio	Fecha de Terminación	Duración Meses / días
07-04-2021	12-04-2021	11-11-2021	7 / 0

Número CDP	Fecha CDP	Número RP	Fecha RP
8621	14-03-2021	11021	09-04-2021

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 Proyectos, en el marco del Programa Integral de Fortalecimiento Académico y Territorial de la ESAP

Información básica del Contratista

Nombre / Razón Social		
SANDRA SANTANA SUAREZ		
Tipo de Documento	**Número de Documento**	**D.V**
CÉDULA DE CIUDADANÍA COLOMBIANA	[redacted]	
Dirección Domicilio		**Correo Electrónico**
CLL [redacted]		santanasuarez0826@gmail.com
Número Telefono fijo	**Extensión Oficina**	**Celular**
3307173	3016101153	[redacted]
Tipo de Cuenta	**Número Cuenta**	**Banco**
AHORRO	416260081723	BANCO AGRARIO

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
5	13-09-2021

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
9.450.000,00		0,00	9.450.000,00
Total Pagado	**Valor a Pagar en el periodo**		**Saldo**
5.400.000,00	1.350.000,00		2.700.000,00

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
[redacted]	DOLORES DEL CARMEN BOLIVAR MEDINA

Supervisor		
Documento	Nombre	Firma Supervisor
32830126	DOLORES DEL CARMEN BOLIVAR MEDINA	_____

Lista de Documentos soportes del Contrato

Clase Documento	Número	Valor	Fecha Emisión	Archivo
CONTRATO	-	-	-	CLAUSULADO__ATL_C071_2021
ACTA DE INICIO	-	-	-	C071_ACTA_DE_INICIO_SANDR
RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)	11021	9.450.000,00	09-04-2021	11021__SANDRA_SANTANA_SUA
CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	8621	9.450.000,00	14-03-2021	CDP_8621_Sandra_Santana_P
EXAMEN MEDICO	-	-	-	CERTIFICADO_MEDICO_PREOCU
AFILIACION ARL	-	-	-	ARL_SANDRA_SANTANA_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)	9423882294	113.600,00	06-09-2021	AGOSTO	SALUD	planilla_seguridad_social
PAGO PENSION (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	9423882294	145.400,00	06-09-2021	AGOSTO	PENSION	planilla_seguridad_social
PAGO ARL (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	9423882294	22.200,00	06-09-2021	AGOSTO	ARL	planilla_seguridad_social
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	INFORME_DE_ACTIVIDADES_Pe
SOPORTE CAUSACION SIIF	72321	1.350.000,00	06-10-2021	-	-	SANDRA_pdf
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	CARTA_DE_VIATICOS_Sandra_

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
[redacted]	SANDRA SANTANA SUAREZ	