Informe de Supervisión

Dependencia	Número de Pago	Total de Pagos	Fecha	Estado
DEPARTAMENTO DE ASESORIA Y CONSULTORIA	7	8	29-09-2021	PAGADA

Acto Administrativo - Datos específicos

Tipo de Vinculación	Número de Contrato	Vigencia	Tipo de Pago
CONTRATO	027	2021	
Fecha de Suscripción	**Fecha de Iniciación /Acta de Inicio**	**Fecha de Terminación**	**Duración Meses / días**
23-03-2021	23-03-2021	22-10-2021	7 / 0
Número CDP	**Fecha CDP**	**Número RP**	**Fecha RP**
2921	19-03-2021	11021	23-03-2021
Registro Presupuestal Adicional		**Fecha Registro Presupuestal Adicional**	
Número de Suspensión	**Tiempo de Suspensión**	**Número de Prorroga**	**Tiempo de Prorroga**

Objeto

Prestar servicios profesionales para orientar y ejecutar temáticamente el desarrollo y acompañamiento en el componente de estructuración de proyectos y las temáticas asociadas, en el marco del Programa Integral de Fortalecimiento Académico y Territorial de la ESAP en la Territorial Santander

Información básica del Contratista

Nombre / Razón Social		
JUAN CARLOS CASTELLANOS SUESCÚN		
Tipo de Documento	**Número de Documento**	**D.V**
Dirección Domicilio		**Correo Electrónico**
Número Telefono fijo	**Extensión Oficina**	**Celular**
		3
Tipo de Cuenta	**Número Cuenta**	**Banco**

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
74902	OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL.	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
32.094.629,00		0,00	32.094.629,00
Total Pagado	**Valor a Pagar en el periodo**		**Saldo**
24.147.388,00	4.584.947,00		3.362.294,00

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
63445154	ESTHER PARRA RAMIREZ

Supervisor		
Documento	Nombre	Firma Supervisor
63445154	ESTHER PARRA RAMIREZ	_____

Lista de Documentos soportes del Contrato

Clase Documento	Número	Valor	Fecha Emisión	Archivo
CONTRATO	-	-	-	CLAUSULADO_Juan_Carlos_pd
ACTA DE INICIO	-	-	-	ACTA_DE_INICIO_Juan_Carlo
RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)	11021	32.094.629,00	23-03-2021	RP_No__11021_Juan_Carlos_
CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	2921	32.094.629,00	19-03-2021	CDP_No__2921_Prof__Esp_Pr
EXAMEN MEDICO	-	-	-	EXAMEN_MEDICO_Juan_Carlos
AFILIACION ARL	-	-	-	ARL_Juan_Carlos_pdf
POLIZA	-	-	-	P_LIZAJuan_Carlos_pdf
RUT	-	-	-	RUT_Juan_Carlos_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)	7808838216	229.300,00	27-09-2021	SEPTIEMBRE	SALUD	ComprobanteDePago_SEPTIEM
PAGO PENSION (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	7808838216	293.500,00	27-09-2021	SEPTIEMBRE	PENSION	ComprobanteDePago_SEPTIEM
PAGO ARL (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	7808838216	9.600,00	27-09-2021	SEPTIEMBRE	ARL	ComprobanteDePago_SEPTIEM
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	Formato_Informe_de_activi
SOPORTE CAUSACION SIIF	75321	4.584.947,00	04-10-2021	-	OBLIGADO SIIF NACION	OBLIGACION_75321_JUAN_CAR
ACTUALIZACION CERTIFICADO PADRES O HERMANOS A CARGO	-	-	-	-	-	CERTIFICADO_DEPENDENCIA_M
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	INFORME_DE_SUPERVISI_N___

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
13927382	JUAN CARLOS CASTELLANOS SUESCÚN	

