Informe de Supervisión

Dependencia	Número de Pago	Total de Pagos	Fecha	Estado
DEPARTAMENTO DE CAPACITACION	7	8	23-11-2021	APROBADO

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
21-05-2021	27-05-2021	27-12-2021	7

Número CDP	Fecha CDP	Número RP	Fecha RP
2921	03-05-2021	19921	21-05-2021

Registro Presupuestal Adicional	Fecha Registro Presupuestal Adicional

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

Objeto

Prestar servicios de apoyo a la gestión en el desarrollo de los eventos y programas de capacitación ofertados por el Departamento de Capacitación de la Dirección Territorial No.7

Información básica del Contratista

Nombre / Razón Social
KARINA MARIA PUELLO ALCALA

Tipo de Documento	Número de Documento	D.V
CÉDULA DE CIUDADANÍA COLOMBIANA	33335200	

Dirección Domicilio	Correo Electrónico
CAMINO DEL MEDIO CALEL BERLIN #31A-73	karinapuello1116@hotmail.com

Número Telefono fijo	Extensión Oficina	Celular
56626220	3177568432	3177568432

Tipo de Cuenta	Número Cuenta	Banco
AHORRO	17500001773	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
7512		* 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
9.450.000,00		0,00	9.450.000,00

Total Pagado	Valor a Pagar en el periodo	Saldo
6.930.000,00	1.350.000,00	1.170.000,00

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
26215530	LILIANA INES COGOLLO FERRARO

Supervisor		
Documento	Nombre	Firma Supervisor
26215530	LILIANA INES COGOLLO FERRARO	_____

Lista de Documentos soportes del Contrato

Clase Documento	Número	Valor	Fecha Emisión	Archivo
CONTRATO	-	-	-	CLAUSULADO_pdf
ACTA DE INICIO	-	-	-	Acta_Inicio_Karina_Puello
RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)	19921	9.450.000,00	21-05-2021	RP_19921_Karina_Puello_Al
CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	2921	10.625.000,00	03-05-2021	CDP_2921_Monitor_de_Capac
AFILIACION ARL	-	-	-	CertificadoTrabajadorInde
RUT	-	-	-	Documentos_Confidenciales

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)	9425827478	113.600,00	22-10-2021	OCTUBRE	SALUD	PLANILLA_NOVIEMBRE_2021_p
PAGO PENSION (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	9425827478	145.400,00	22-10-2021	OCTUBRE	PENSION	PLANILLA_NOVIEMBRE_2021_p
PAGO ARL (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	9425827478	4.800,00	22-10-2021	OCTUBRE	ARL	PLANILLA_NOVIEMBRE_2021_p
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	INFORME_DE_ACTIVIDADES_CO
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	ACTAS_NOVIEMBRE_2021_pdf
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	Pantalalzo_de_Secop___pdf
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	ANEXOS_NOVIEMBRE_2021____

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
33335200	KARINA MARIA PUELLO ALCALA	_____