Informe de Supervisión

Dependencia	Número de Pago	Total de Pagos	Fecha	Estado
	1	4	02-11-2021	PAGADA

Acto Administrativo - Datos específicos

Tipo de Vinculación	Número de Contrato	Vigencia	Tipo de Pago
CONTRATO	084	2021	
Fecha de Suscripción	**Fecha de Iniciación /Acta de Inicio**	**Fecha de Terminación**	**Duración Meses / días**
16-09-2021	16-09-2021	30-12-2021	3 / 15
Número CDP	**Fecha CDP**	**Número RP**	**Fecha RP**
8821	27-08-2021	16221	16-09-2021
Registro Presupuestal Adicional		**Fecha Registro Presupuestal Adicional**	
Número de Suspensión	**Tiempo de Suspensión**	**Número de Prorroga**	**Tiempo de Prorroga**

Objeto

Contratar los servicios de apoyo profesional para los procesos administrativos, académicos y de la subdirección de proyección institucional de la Territorial Tolima en el (Cetap de Valle de San Juan Tolima).

Información básica del Contratista

Nombre / Razón Social		
EDWIN ALEJANDRO ROA BERMUDEZ		
Tipo de Documento	**Número de Documento**	**D.V**
CÉDULA DE CIUDADANÍA COLOMBIANA	1110559980	
Dirección Domicilio		**Correo Electrónico**
MANAZANA O CASA 2 B/ ARKALA		tom-alejo_13@hotmail.com
Número Telefono fijo	**Extensión Oficina**	**Celular**
		3106718471
Tipo de Cuenta	**Número Cuenta**	**Banco**
AHORRO	24083742893	BANCO CAJA SOCIAL BCSC

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
74901	OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS N.C.P. COMO CONSULTORÍA PROFESIONAL (INCLUYE ACTIVIDADES DE PERIODISTAS).	6,9 * 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
5.433.750,00		0,00	5.433.750,00
Total Pagado	**Valor a Pagar en el periodo**		**Saldo**
0,00	776.250,00		4.657.500,00

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
65753736	NORMAYI TORRES ROJAS

Supervisor		
Documento	Nombre	Firma Supervisor
65753736	NORMAYI TORRES ROJAS	

Lista de Documentos soportes del Contrato

Clase Documento	Número	Valor	Fecha Emisión	Archivo
CONTRATO	-	-	-	CLAUSULADO_CONTRACTUAL_ED
ACTA DE INICIO	-	-	-	ACTA_DE_INICIO_EDWIN_ALEJ
DESIGNACION DE SUPERVISOR	-	-	-	DESIGNACION_SUPERVISION_E
RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)	16221	5.433.750,00	16-09-2021	RP_16221_EDWIN_ALEJANDRO_
CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	8821	5.433.750,00	27-08-2021	Cdps_8821_Coordinadores_d
AFILIACION ARL	-	-	-	POSITIVA_INDEPENDIENTE_83

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)	1155847408	113.600,00	06-10-2021	SEPTIEMBRE	SALUD	aporte_seguridad_social_p
PAGO PENSION (ANEXAR	1155847408	145.400,00	06-10-2021	SEPTIEMBRE	PENSION	aporte_seguridad_social_p
PAGO ARL (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	1183087166	4.800,00	29-10-2021	SEPTIEMBRE	ARL	arl_pdf
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	Formato_informe_cuenta_de
SOPORTE CAUSACION SIIF	69221	776.250,00	11-11-2021	-	PASA PARA PAGO	69221_EDWIN_ALEJANDRO_ROA
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	rut_pdf
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	INFORME_DE_ACTIVIDADES_ME

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
1110559980	EDWIN ALEJANDRO ROA BERMUDEZ	