Informe de Supervisión

Dependencia	Número de Pago	Total de Pagos	Fecha	Estado
	2	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
776.250,00	1.552.500,00	3.105.000,00

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
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_

Lista de Documentos soportes de la Cuenta de Cobro

Clase Documento	Número	Valor	Fecha de Pago	Periodo	Descripción	Archivo
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	Formato_informe_cuenta_de	
CONSOLIDADO PARAFISCALES (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	1183081746	113.600,00	29-10-2021	OCTUBRE	SALUD planilla_mes_octubre_pdf	
CONSOLIDADO PARAFISCALES (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	1183081746	4.800,00	29-10-2021	OCTUBRE	ARL planilla_mes_octubre_pdf	
CONSOLIDADO PARAFISCALES (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	1183081746	145.400,00	29-10-2021	OCTUBRE	PENSION planilla_mes_octubre_pdf	
SOPORTE CAUSACION SIIF	69421	1.552.500,00	11-11-2021	-	PASA PARA PAGO 69421_EDWIN_ALEJANDRO_ROA	
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	- INFORME_DE_ACTIVIDADES_ME	
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	- rut_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
1110559980	EDWIN ALEJANDRO ROA BERMUDEZ	