Informe de Supervisión

Dependencia	Número de Pago	Total de Pagos	Fecha	Estado
	6	8	29-10-2021	PAGADA

Acto Administrativo - Datos específicos

Tipo de Vinculación	Número de Contrato	Vigencia	Tipo de Pago
CONTRATO	041	2021	
Fecha de Suscripción	**Fecha de Iniciación /Acta de Inicio**	**Fecha de Terminación**	**Duración Meses / días**
13-05-2021	13-05-2021	12-12-2021	7 / 0
Número CDP	**Fecha CDP**	**Número RP**	**Fecha RP**
2921	06-05-2021	8521	06-05-2021
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 ordenamiento territorial y las temáticas asociadas, en el marco del Programa Integral de Fortalecimiento Académico y Territorial de la ESAP en la Territorial Tolima.

Información básica del Contratista

Nombre / Razón Social		
STEFANIA CASTELLANOS SALINAS		
Tipo de Documento	**Número de Documento**	**D.V**
CÉDULA DE CIUDADANÍA COLOMBIANA	1104705955	
Dirección Domicilio		**Correo Electrónico**
CALLE 4A # 5 - 51 SAN ANTONIO		stefaniacastellanossalinas@gmail.com
Número Telefono fijo	**Extensión Oficina**	**Celular**
		3142163656
Tipo de Cuenta	**Número Cuenta**	**Banco**
AHORRO	44662789311	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
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
26.600.000,00		0,00	26.600.000,00
Total Pagado	**Valor a Pagar en el periodo**		**Saldo**
14.440.000,00	3.800.000,00		8.360.000,00

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
38264731	LUISA FERNANDA GUTIERREZ GARCIA

Supervisor		
Documento	Nombre	Firma Supervisor
38264731	LUISA FERNANDA GUTIERREZ GARCIA	

Lista de Documentos soportes del Contrato

Clase Documento	Número	Valor	Fecha Emisión	Archivo
CONTRATO	-	-	-	26_Clausulado_Contractual
ACTA DE INICIO	-	-	-	Acta_de_Inicio_Stefania_C
DESIGNACION DE SUPERVISOR	-	-	-	STEFANIA_CASTELLANOS_SALI
RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)	8521	26.600.000,00	06-05-2021	26_RP_8521_Stefania_Caste
CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	2921	26.600.000,00	06-05-2021	CDP_2921_pdf
AFILIACION ARL	-	-	-	POSITIVA_independientes_m
RUT	-	-	-	RUT__2__pdf

Lista de Documentos soportes de la Cuenta de Cobro

Clase Documento	Número	Valor	Fecha de Pago	Periodo	Descripción	Archivo
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	INFORME_DE_ACTIVIDADES_pd
CONSOLIDADO PARAFISCALES (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	1102318687	190.000,00	27-10-2021	OCTUBRE	SALUD	SOPORTE_RECIBO_006_pdf
CONSOLIDADO PARAFISCALES (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	1102318687	243.200,00	27-10-2021	OCTUBRE	PENSION	SOPORTE_RECIBO_006_pdf
CONSOLIDADO PARAFISCALES (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	1102318687	8.000,00	27-10-2021	OCTUBRE	ARL	SOPORTE_RECIBO_006_pdf
SOPORTE CAUSACION SIIF	64221	3.800.000,00	09-11-2021	-	PASA PARA PAGO	64221_STEFANIA_CASTELLANO
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	ANEXOS_INFORME_DE_ACTIVID

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
1104705955	STEFANIA CASTELLANOS SALINAS	