Informe de Supervisión

Dependencia	Número de Pago	Total de Pagos	Fecha	Estado
DEPARTAMENTO DE ASESORIA Y CONSULTORIA	2	8	03-03-2022	REGISTRADO

Acto Administrativo - Datos específicos

Tipo de Vinculación	Número de Contrato	Vigencia	Tipo de Pago
CONTRATO	004	2022	
Fecha de Suscripción	**Fecha de Iniciación /Acta de Inicio**	**Fecha de Terminación**	**Duración Meses / días**
14-01-2022	14-01-2022	14-09-2022	8
Número CDP	**Fecha CDP**	**Número RP**	**Fecha RP**
622	13-01-2022	922	14-01-2022
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
14.636.520,00		0,00	14.636.520,00
Total Pagado	**Valor a Pagar en el periodo**		**Saldo**
1.036.754,00	1.829.565,00		11.770.201,00

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
50929464	JENNYS YECENIA YANCES PADILLA

Supervisor		
Documento	Nombre	Firma Supervisor
50929464	JENNYS YECENIA YANCES PADILLA	_____

Lista de Documentos soportes del Contrato

Clase Documento	Número	Valor	Fecha Emisión	Archivo
CONTRATO	-	-	-	CLAUSULADO_docx_karina_pu
ACTA DE INICIO	-	-	-	AIcta___KARINA_PUELLO__1_
DESIGNACION DE SUPERVISOR	-	-	-	Aval_Juridico_docx_pdf
RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)	922	14.636.520,00	14-01-2022	RP_Karina_Puello_pdf
CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	622	261.355.728,00	13-01-2022	CDP_622_Sol622_Equipo_Cap
AFILIACION ARL	-	-	-	CertificadoTrabajadorInde
RUT	-	-	-	Documentos_Karina_Cap_202

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)	4435509038	70.900,00	01-03-2022	ENERO	SALUD	SoporteDePago_General_443
PAGO PENSION (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	4435509038	90.700,00	01-03-2022	ENERO	PENSION	SoporteDePago_General_443
PAGO ARL (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	4435509038	3.000,00	01-03-2022	ENERO	ARL	SoporteDePago_General_443
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	INFORME_ACTIVIDADES_FEBRE
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	ANEXO_ACTIVIDADES_FEBRERO

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	_____