

	FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISION - EVALUACION Y PAGO PROVEEDORES CONTRATOS -CONVENIOS																																																
	VERSIÓN: 05		Fecha 21/02/2013			Pagina: 1 de 2		Código:RE-A-CT-60																																									
Dependencia:	ACADEMICA	Número de pago:	4	Total de pagos:	4	Fecha:	17 DE DICIEMBRE DE 2013																																										
ACTO ADMINISTRATIVO																																																	
Marque con "X"	DATOS ESPECÍFICOS																																																
OPS	Número:	105			Fecha de iniciación:	10 DE SEPTIEMBRE DE 2013																																											
CONTRATO ☒	Fecha de suscripción:	14 DE AGOSTO DE 2013			Fecha de terminación:	31 DE DICIEMBRE DE 2013																																											
RESOLUCIÓN	N° CDP:	15013	Fecha :	15 DE MAYO DE 2013	Duración:	4	Meses	Días																																									
FACTURA	N° RP:	106713 -1068713	Fecha :	20 DE AGOSTO DE 2013	Periodo a pagar:	100% DE AVANCE ACTIVIDADES																																											
CONVENIO	Requiere Informe:	SI: ☒	NO:		Suspensión No.:	En tiempo:																																											
	Entregó Informe:	SI: ☒	NO:		Prorroga: No.:	En tiempo:																																											
Objeto:																																																	
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA																																																	
Nombre:	EDUAR OVIDIO BERNAL FONSECA																																																
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	☒	Nit.		Número:	7,185,799	DV.																																									
Dirección:	CALLE 42 No. 5-15																																																
Número de Teléfono:	3103115243		FAX:			CEL:	3103115243																																										
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	☒	Número	258-847617-89	Banco:	Colombia																																									
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	☒			Persona Jurídica:																																											
		Gran Contribuyente:				Autoretenedor:																																											
		IVA Régimen Común:				Entidad sin ánimo de lucro																																											
		Actividad IICA- Código CIU:				Tarifa:																																											
		He verificado de esta información frente al RUT :				SI:	☒	NO:																																									
CÁLCULO DE VALOR A PAGAR CUANDO SE TRATE DE CONTRATOS DE CAPACITACIÓN																																																	
CÁLCULO PARA EL PAGO	VALOR DEL CONTRATO		HORAS TOTALES A DICTAR SEGÚN		VALOR POR HORA																																												
			1		0																																												
	VALOR POR HORA		DICTADAS A PAGAR		VALOR A PAGAR																																												
	0,00		1		0																																												
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO																																																	
Valor Inicial del contrato:		\$ 12.000.000,00																																															
Adición No. _____		\$ 0,00																																															
Valor Total del contrato:		\$ 12.000.000,00																																															
Valor pagado:		<table border="1"> <tr> <td>Anticipo:</td> <td colspan="7">\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Primer Pago</td> <td>Segundo Pago</td> <td colspan="6">Tercer pago</td> </tr> <tr> <td>\$ 3.000.000,00</td> <td>\$ 3.000.000,00</td> <td colspan="6">\$ 3.000.000,00</td> </tr> <tr> <td>Septimo Pago</td> <td>Octavo Pago</td> <td colspan="6">Noveno Pago</td> </tr> <tr> <td>\$ 0,00</td> <td>\$ 0,00</td> <td colspan="6">\$ 0,00</td> </tr> </table>								Anticipo:	\$ 0,00							Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago						\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00						Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago						\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00					
Anticipo:	\$ 0,00																																																
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago																																															
\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00																																															
Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago																																															
\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00																																															
Total pagado		\$ 9.000.000,00																																															
Valor a pagar en el periodo:		\$ 3.000.000,00																																															
Saldo:		\$ 0,00																																															
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:		SI: ☒		NO: _____		# de folios: 9																																										
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato:		SI: ☒		NO: _____																																												
	Se remitió al Grupo de contratación:		SI: ☒		NO: _____		Fecha: 17/12/13																																										
	Observaciones del Interventor a los trabajos ejecutados:																																																
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:																																																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="5">Aportes a Salud</td> <td colspan="4">Aportes a Pensión</td> </tr> <tr> <td>Valor pagado \$</td> <td>150.000</td> <td>Periodo</td> <td colspan="2">DICIEMBRE</td> <td>Valor pagado \$</td> <td>192.000</td> <td>Periodo</td> <td colspan="2">DICIEMBRE</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="4">8221166198 - 8222779783</td> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="4">8221166198 - 8222779783</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="4">12/12/2013 - 17/12/2013</td> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="4">12/12/2013 - 17/12/2013</td> </tr> </table>									Aportes a Salud					Aportes a Pensión				Valor pagado \$	150.000	Periodo	DICIEMBRE		Valor pagado \$	192.000	Periodo	DICIEMBRE		Comprobante de pago Número:	8221166198 - 8222779783				Comprobante de pago Número:	8221166198 - 8222779783				Fecha de pago:	12/12/2013 - 17/12/2013				Fecha de pago:	12/12/2013 - 17/12/2013				
	Aportes a Salud					Aportes a Pensión																																											
	Valor pagado \$	150.000	Periodo	DICIEMBRE		Valor pagado \$	192.000	Periodo	DICIEMBRE																																								
	Comprobante de pago Número:	8221166198 - 8222779783				Comprobante de pago Número:	8221166198 - 8222779783																																										
	Fecha de pago:	12/12/2013 - 17/12/2013				Fecha de pago:	12/12/2013 - 17/12/2013																																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">Aportes ARP</td> <td colspan="4">Pensionado:</td> </tr> <tr> <td>Valor pagado \$</td> <td>6.500</td> <td>Periodo</td> <td colspan="2">DICIEMBRE</td> <td>Certificación:</td> <td>SI: _____</td> <td>NO: _____</td> <td colspan="2">☒</td> </tr> </table>									Aportes ARP					Pensionado:				Valor pagado \$	6.500	Periodo	DICIEMBRE		Certificación:	SI: _____	NO: _____	☒																							
Aportes ARP					Pensionado:																																												
Valor pagado \$	6.500	Periodo	DICIEMBRE		Certificación:	SI: _____	NO: _____	☒																																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">Persona Jurídica:</td> <td colspan="4">Anexa Certificación del Revisor Fiscal:</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td>SI: _____</td> <td>NO: _____</td> <td colspan="2">☒</td> </tr> </table>									Persona Jurídica:					Anexa Certificación del Revisor Fiscal:									SI: _____	NO: _____	☒																								
Persona Jurídica:					Anexa Certificación del Revisor Fiscal:																																												
					SI: _____	NO: _____	☒																																										
<table border="1"> <tr> <td>TEMA</td> <td>PESO</td> <td>CRITERIO</td> <td>Cal.</td> <td>Vr. Real</td> <td>Vr. Ideal</td> <td>DIFERENCIA</td> </tr> </table>										TEMA	PESO	CRITERIO	Cal.	Vr. Real	Vr. Ideal	DIFERENCIA																																	
TEMA	PESO	CRITERIO	Cal.	Vr. Real	Vr. Ideal	DIFERENCIA																																											



Escuela Superior de
Administración Pública
República de Colombia

FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISION - EVALUACION Y PAGO PROVEEDORES CONTRATOS -CONVENIOS

VERSIÓN: 05

Fecha 21/02/2013

Página: 1 de 2

Código: RE-A-CT-60

REEVALUACION DEL PROVEEDOR

Cumplimiento Exigencias Contractuales

60%

Productos y/o servicios acordes con los requeridos

4,5

0,03

0,03

0,00

Cumplimiento de plazos contractuales o de cronogramas acordados

4,5

0,03

0,03

0,00

Presentó Informes Oportunamente

4,5

0,03

0,03

0,00

Otras actividades

40%

Atención a reclamos y/o aclaraciones

4,5

0,02

0,02

0,00

Servicio al cliente

4,5

0,02

0,02

0,00

Conocimiento o idoneidad del contratista en la prestación del servicio o suministro del bien

4,5

0,02

0,02

0,00

100%

TOTALES

4,5

0,14

0,15

0,02

CALIFICACIÓN TOTAL

90,00%

REEVALUACION DEL PROVEEDOR

Criterios de Evaluación:

TEMA: Celda no modificable

PESO: Se define cuando se realiza la firma del contrato

CRITERIO: Celda no modificable

CALIFICACIÓN: Se diligencia con un valor de 1 a 5, siendo 1 el inferior y 5 el superior dependiendo del cumplimiento de las obligaciones por parte del proveedor

Vr. Real - Vr. Ideal - Diferencia: Valores con fórmula - Celdas no modificables

BUENO

BUENO

SI LA CALIFICACION TOTAL ES MAYOR O IGUAL A 80%

REGULAR

SI LA CALIFICACION TOTAL ESTA ENTRE 51% Y 79%

DEFICIENTE

SI LA CALIFICACION TOTAL ES MENOR A 50%

Acción a seguir:

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades **se ejecutaron** 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.

Anexos: Copia de aporte a pensión

SI: X

NO: _____

Copia de aporte a salud

SI: X

NO: _____

Copia aporte ARP

SI: X

NO: _____

FIRMA DEL INTERVENTOR

NOMBRE DEL INTERVENTOR: JACINTO PINEDA JIMENEZ

C.C.: 7305383 DE CHIQUINQUIRA

CARGO: SUPERVISOR

DATOS DE CONTACTO

TELEFONICO: 7401222 EXT: 124