FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISION DE CONTRATOS - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIONES DE PAGOS

DOCUMENTO DE REFERENCIA: PT-A-CT-08

Dependencia:	DIRECCION TERRITORIAL	Número de pago:	01	Total de pagos:	03	Fecha:	DD: 28	MM: JUN	AA: 2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS ESPECÍFICOS

TIPO DE VINCULACION: CONTRATO

Número:	ESAP-IPMC-003-2023	Vigencia:	2023	Fecha de iniciación/Acta de inicio		DD: 23	MM: JUN	AA: 2023
Fecha Suscripción:	viernes, 23 de junio de 2023			Fecha de terminación:		30	DIC	2023
Número CDP:	1223	Fecha :	30 de enero de 2023	Duración:	Meses: JUNIO	06	Dias	
Número RP:	34123	Fecha :	23 de junio de 2023	Periodo a pagar:				
Registro Presupuestal Adicional:				Suspensión No.:	Tiempo:			
Número RP:		Fecha :		Prorroga: No.:	Tiempo:			

OBJETO: CONTRATAR EL SERVICIO DE OPERADOR LOGÍSTICO PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE BIENESTAR UNIVERSITARIO TERRITORIAL, PARA LOS ESTUDIANTES DE LOS CETAP DE LA TERRITORIAL HUILA CAQUETÁ Y BAJO PUTUMAYO.

INFORMACION BASICA DEL CONTRATISTA

Nombre/Razon Social :	MARTHA LUCIA VARGAS				
Identificación:	Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA	Número:	1.003.803.177	D.V.	5
Dirección Domicilio:	Cra. 30b No. 23a-42	Correo Electronico Personal:	acmdistribucionesyeventos@hotmail.com		
No. Telefono Fijo:	8756954	Extensión Oficina:		Celular:	3202540143
Tipo de Cuenta	AHORROS	Número:	0550488402797820	Banco:	DAVIVIENDA

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Seleccione:
- [x] Persona Natural
- [x] IVA Regimen Simplificado
- [ ] IVA Régimen Comun
- [ ] Gran Contribuyente
- [ ] Autoretenedor
- [ ] R.U.T. (Actividad Economica P/Pal)
- [ ] R.I.T. (Actividad ICAI)
- [ ] Persona Juridica
- [ ] Entidad Sin Animo de Lucro

No. De Factura	1	Fecha Factura:	26 DE JUNIO DE 2023
Verificado en RUT:	SI	Soy Declarante de Renta:	SI
No. Codigo CIIU:	NO APLICA	Tarifa:	

CALCULO DE VALOR A PAGAR CUANDO SE TRATE DE CONTRATOS DE CAPACITACIÓN

CÁLCULO PARA EL PAGO

VALOR DEL CONTRATO	HORAS TOTALES A DICTAR SEGÚN CONTRATO	VALOR POR HORA
$ 0,00	0	#¡DIV/0!
VALOR POR HORA	**HORAS DICTADAS A PAGAR**	**VALOR A PAGAR**
#¡DIV/0!	**0**	**#¡DIV/0!**

INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:		$ 22.000.000,00
Adición Numero:	0	$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 22.000.000,00
Valor pagado:	Anticipo	$ 0,00

Pago Uno (1)	Pago Dos (2)	Pago Tres (3)	Pago Cuatro (4)
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Pago Cinco (5)	**Pago Seis (6)**	**Pago Siete (7)**	**Pago ocho (8)**
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Pago Nueve (9)	**Pago Diez (10)**	**Pago Once (11)**	**Pago Doce (12)**
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00

CONSECUTIVO PAGOS SUPERIORES A UN (1) AÑO

"Casos Especificos, (Vigilacia, Aseo entreo otros)."

Pago Trece (13)	Pago Catorce (14)	Pago Quince (15)	Pago Dieciseis (16)
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Pago Diecisiete (17)	**Pago Dieciocho (18)**	**Pago Diecinueve (19)**	**Pago Veinte (20)**
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Pago Veintiuno (21)	**Pago Veintidos (22)**	**Pago Veintitres (23)**	**Pago Veinticuatro (24)**
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00

Total Pagado:	$ 0,00
Valor a Pagar en el Periodo:	**$ 11.930.000,00**
Saldo:	$ 10.070.000,00

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD
- [x] El contratista presentó el informe correspondiente:
- [x] El informe cumple con lo estipulado en el contrato:
- [x] Se remitió al Grupo de contratación:

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud

Valor pagado	$ 145.000	Periodo	JUN
Comprobante de pago Número:	4505129915		
Fecha de pago:	martes, 27 de junio de 2023		

Aportes a Pensión

Valor pagado	$ 185.000	Periodo	JUN
Comprobante de pago Número:	4505129915		
Fecha de pago:	martes, 27 de junio de 2023		

Aportes ARL

Valor pagado	$ 6.100	Periodo	JUN
Comprobante de pago Número:	JUN		

- [ ] Pensiondo
- [x] Certificación

Persona Jurídica: [x] Anexa Certificación de Revisor Fiscal:

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.

FIRMA



Nombre Interventor	MARGARITA MARIA ESCOBAR RODRIGUEZ
Cedula de Ciudadania	36312430
Cargo	COORDINADOR ACADEMICO
Telefono:	8721122 Extesion 114

Anexos obligatorios para efectuar el Radicado:

CONTRATACION	CONTABILIDAD
[ ] Informe de Actividades	[ ] Copia Parafiscales
El Grupo de Contratación Certifica que el contratista presento el Informe de Actividades y correspondientes soportes. | SI | NO	[ ] Declaración Juramentada
	[ ] Clausula 3ra/Designación de Supervisión

RECIBIDO CONTRATACION	RECIBIDO CONTABILIDAD
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA Y HORA:	FECHA Y HORA: