Informe de Supervisión

Dependencia	Número de Pago	Total de Pagos	Fecha	Estado
TERRITORIAL TOLIMA - T14	9	11	31-10-2023	PAGADA

Acto Administrativo - Datos específicos

Tipo de Vinculación	Número de Contrato	Vigencia	Tipo de Pago
CONTRATO	004	2023	

Fecha de Suscripción	Fecha de Iniciación /Acta de Inicio	Fecha de Terminación	Duración Meses / días
13-02-2023	13-02-2023	12-10-2023	8 / 0

Número CDP	Fecha CDP	Número RP	Fecha RP
1123	11-02-2023	1723	13-02-2023

Registro Presupuestal Adicional	Fecha Registro Presupuestal Adicional

Número de Suspensión	Tiempo de Suspensión	Número de Prorroga	Tiempo de Prorroga
		01	78 Días

Objeto

Contratar profesional como apoyo al programa de pregrado en administración pública territorial en desarrollo de los procesos académicos y administrativos requeridos en la ESAP Territorial 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	3

Dirección Domicilio	Correo Electrónico
MANAZANA O CASA 2 B/ ARKALA	tom-alejo_13@hotmail.com

Número Telefono fijo	ESTÁ EMBARGADO?	Celular
	NO	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).	8,66 * 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
26.400.000,00	01	8.580.000,00	34.980.000,00

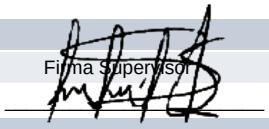
Total Pagado	Valor a Pagar en el periodo	Saldo
25.080.000,00	3.300.000,00	6.600.000,00

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
1110484781	FERNANDO GALLEGO SOTO

Supervisor		
Documento	Nombre	Firma Supervisor
1110484781	FERNANDO GALLEGO SOTO	

Lista de Documentos soportes del Contrato

Clase Documento	Número	Valor	Fecha Emisión	Archivo
CONTRATO	-	-	-	02__ECO_apoyo_pregrado_20
CONTRATO	-	-	-	01_CLAUSULAS_CONTRACTUALE
RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)	1723	26.400.000,00	13-02-2023	03_RP_1723_CONTRATO_EDWIN
CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	1123	26.400.000,00	11-02-2023	04__CDP_1723_pdf
EXAMEN MEDICO	-	-	-	05_examen_medicos_pre_ocu
AFILIACION ARL	-	-	-	ADICION_AFILIACION_ARL_ED
AFILIACION ARL	-	-	-	06_Afiliacion_ARL_Edwin_R
ADICION RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)	1723	8.580.000,00	20-09-2023	RP_1723_ADICIONADO_2023_p
POLIZA	01	-	-	ADICI_N_P_LIZA_PDF
POLIZA	-	-	-	08_Poliza_de_Cumplimiento
RUT	-	-	-	07_rut_pdf
PRORROGA	01	-	-	aprobacion_adicion_contra

Lista de Documentos soportes de la Cuenta de Cobro

Clase Documento	Número	Valor	Fecha de Pago	Periodo	Descripción	Archivo
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	Copia_de_informe_mes_de_O
CONSOLIDADO PARAFISCALES (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	9458009148	165.000,00	24-10-2023	OCTUBRE	SALUD	planilla_octubre_final_pd
CONSOLIDADO PARAFISCALES (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	9458009148	6.900,00	24-10-2023	OCTUBRE	ARL	planilla_octubre_final_pd
CONSOLIDADO PARAFISCALES (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	9458009148	211.200,00	24-10-2023	OCTUBRE	PENSION	planilla_octubre_final_pd
SOPORTE CAUSACION SIIF	91823	3.300.000,00	03-11-2023	-	PAGO # 9 CTUBRE	OBLIGACION___91823_EDWIN_
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	aceptado_mes_de_octubre_p
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	anexos_octubre_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	