54

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:	GRUPO ACADEMICO	Número de pago:	01	Total de pagos:	12	Fecha:	DD: 31	MM: ENE	AA: 2019

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS ESPECÍFICOS

TIPO DE VINCULACION: CONTRATO

Número:	019	Vigencia:	2019	Fecha de iniciación/Acta de inicio	22	ENE	2019
Fecha Suscripción:	viernes, 26 de enero de 2018			Fecha de terminación:	15	DIC	2019
Número CDP:	219	Fecha :	11 de enero de 2019	Duración:	11 Meses	24	Días
Número RP:	3019	Fecha :	22 de enero de 2019	Periodo a pagar:	ENERO		
Registro Presupuestal Adicional:				Suspensión No.:		Tiempo:	
Número RP:		Fecha :		Prorroga: No.:		Tiempo:	

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO TÉCNICO PARA LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DE ASESORÍAS Y ASISTENCIA TÉCNICA CORRESPONDIENTES A LA DIRECCIÓN DE LA TERRITORIAL HUILA, CAQUETÁ Y BAJO PUTUMAYO.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre/Razon Social:	Angela Maria Morales Gutierrez				
Identificación:	Tipo documento:	CEDULA DE CIUDADANIA	Número:	1.081.159.340	D.V. 09
Dirección Domicilio:	Carrera 26 # 4b-31	Correo Electronico Personal:		angelamariamorales22@outlook.com	
No. Telefono Fijo:		Extensión Oficina:		Celular:	3118379028
Tipo de Cuenta	AHORROS	Número:	076-678463-52	Banco:	BANCOLOMBIA

ASPECTOS TRIBUTARIOS — Seleccione

- [x] Persona Natural
- [ ] Persona Jurídica
- [ ] RR Régimen Simplificado
- [ ] Entidad Sin Animo de Lucro
- [ ] RA Régimen Común
- [ ] Gran Contribuyente
- [ ] Autoretenedor
- [x] I.V.T. (Actividad Económica Plena)
- [ ] I.T. (Actividad ICA)

Nit. De Factura: | Fecha Factura: | Verificado en RUT: SI | Soy Declarante de Renta: NO | No. Codigo CIIU: 8299 | 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:		$ 29.160.000,00
Adición Numero:	0	$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 29.160.000,00
Valor pagado:	Anticipo	$ 0,00

CONSECUTIVO PAGOS SUPERIORES A UN (1) AÑO

"Casos Especificos, (Vigilancia, Aseo entre otros)."

Pago Uno (1)	Pago Dos (2)	Pago Tres (3)	Pago Cuatro (4)	Pago Trece (13)	Pago Catorce (14)	Pago Quince (15)	Pago Dieciseis (16)
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Pago Cinco (5)	Pago Seis (6)	Pago Siete (7)	Pago ocho (8)	Pago Diecisiete (17)	Pago Dieciocho (18)	Pago Diecinueve (19)	Pago Veinte (20)
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Pago Nueve (9)	Pago Diez (10)	Pago Once (11)	Pago Doce (12)	Pago Veintiuno (21)	Pago Veintidos (22)	Pago Veintitres (23)	Pago Veinticuatro (24)
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00

Total Pagado:	$ 0,00
Valor a Pagar en el Periodo:	**$ 810.000,00**
Saldo:	$ 28.350.000,00

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

- [ ] El contratista presentó el informe correspondiente
- [x] El informe cumple con lo estipulado en el contrato
- [ ] Se remitió al Grupo de contratación

ESAP

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

DOCUMENTO DE REFERENCIA: PT-A-CT-08

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud

Valor pagado: $ 137.900 Periodo: ENE

Comprobante de pago Número: 4269868185

Fecha de pago: lunes, 11 de marzo de 2019

Aportes ARL

Valor pagado: $ 5.900 Periodo: ENE

Comprobante de pago Número: 4269868185

Aportes a Pensión

Valor pagado: $ 176.500 Periodo: ENE

Comprobante de pago Número: 4269868185

Fecha de pago: lunes, 11 de marzo de 2019

☐ Planilla

☐ Certificado

Persona Jurídica: ☐ Planilla 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: SAMUEL VASQUEZ AVILA

Cedula de Ciudadanía: 7.686.473

Cargo: SUPERVISOR ESAP

Telefono: Extension:

Anexos obligatorios para efectuar el Radicado:

CONTRATACION	CONTABILIDAD
☑ Informe de Actividades	☐ Copia Planillas
El Grupo de Contratación Certifica que el contratista adjuntó el Informe de Actividades y correspondientes soportes.	☐ Declaración Juramentada
	☐ Resolución Ord/Designación de Supervisor
☐ SI ☐ NO	

RECIBIDO CONTRATACION	RECIBIDO CONTABILIDAD
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA Y HORA: 03/04/2019	FECHA Y HORA: