



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: **02** Total de pagos: **12** Fecha: **28 FEB 2019**

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS ESPECIFICOS

TIPO DE VINCULACION: **CONTRATO** Número: **019** Vigencia: **2019** Fecha de iniciación/Acta de inicio: **22 ENE 2019**
Fecha Suscripción: **20 de enero de 2019** 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** Período a pagar: **FEBRERO**
Registro Presupuestal Adicional: _____ Suspensión No.: _____
Número RP: _____ Fecha: _____ Prorroga No.: _____

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 NUIA, CAQUETÁ Y BAJO PUTUMAYO.**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre/Razón Social: **Angela Maria Morales Gutiérrez**
Identificación: **CEDULA DE CIUDADANÍA** Número: **1.081.159.340** D.V. **09**
Dirección Domicilio: **Carrera 26 # 40-31** Correo Electrónico Personal: **angelamariamorales23@outlook.com**
No. Teléfono Fijo: _____ Extensión Oficina: _____ Celular: **3118375028**
Tipo de Cuenta: **AHORROS** Número: **076-678463-52** Banco: **BANCOLOMBIA**

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Selección: ☒ Persona Natural ☐ Persona Jurídica
☐ IVA Régimen Simplificado ☐ IVA Régimen Común ☐ IVA Régimen de Exención
☐ IVA Régimen de Exención ☐ IVA Régimen de Exención
☒ U.T. (Actividad Económica PPA) ☐ U.T. (Actividad K&S)
No. De Factura: _____ Fecha Factura: _____
Verificado en U.T.: **SI** Soy Declarante de Renta: **NO**
No. Código CUI: **8299** Tarifa: _____

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

CÁLCULO PARA EL PAGO

VALOR DEL CONTRATO	HORAS TOTALES A DESTINAR EN EL CONTRATO	VALOR POR HORA
\$ 0,00	0	#07/01
VALOR POR HORA	HORAS DESTINADAS A PAGAR	VALOR A PAGAR
#07/01	0	#07/01

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor inicial del contrato: **\$ 25.160.000,00**
Adición Número: **0** Valor: **\$ 0,00**
Valor Total del contrato: **\$ 25.160.000,00**
Valor pagado: **\$ 0,00**

CONSECUTIVO PAGOS SUPERIORES A UN (1) AÑO
"Casos Específicos: (Vigilancia, Asesoria, entre otros)"

Pago Uno (1)	Pago Dos (2)	Pago Tres (3)	Pago Cuatro (4)	Pago Cinco (5)	Pago Seis (6)	Pago Siete (7)	Pago Ocho (8)	Pago Nueve (9)	Pago Diez (10)	Pago Once (11)	Pago Doce (12)	Pago Trece (13)	Pago Catorce (14)	Pago Quince (15)	Pago Dieciséis (16)	Pago Diecisiete (17)	Pago Dieciocho (18)	Pago Diecinueve (19)	Pago Veinte (20)
\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00

Total Pagado: **\$ 510.000,00**
Valor a Pagar en el Periodo: **\$ 2.700.000,00**
Saldo: **\$ 25.650.000,00**

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

- ☐ Contratista presentó el informe correspondiente a la actividad.
☐ El informe cumple con lo establecido en el contrato.
☐ Se recibió el Grupo de controlación.



FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN 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: \$ 135.000 Período: FEB
Comprobante de pago Número: 4269868347
Fecha de pago: lunes, 11 de marzo de 2019

Aportes a Pensión

Valor pagado: \$ 172.800 Período: FEB
Comprobante de pago Número: 4269868347
Fecha de pago: lunes, 11 de marzo de 2019

Aportes ARL

Valor pagado: \$ 5.700 Período: FEB
Comprobante de pago Número: 4269868347

☐ Pensando
☒ Entregado

Persona Jurídica:

☐ Firma 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 reportes 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
Cédula de Ciudadanía: 7.686.473
Cargo: SUPERVISOR ESAP
Teléfono: Edición:

Anexos obligatorios para efectuar el Radicado:

CONTRATACION	CONTABILIDAD
☒ Informe de Actividades	☐ Copia Pasafolios
☐ El Orden de Contratación certifica que el contratista presenta el Informe de Supervisión y Compendio de Pagos	☐ Declaración Juramentada
☐ SI ☐ NO	☐ Hoja de Designación de Supervisor

RECIBIDO CONTRATACION	RECIBIDO CONTABILIDAD
NOMBRE: <i>Hugo Páez</i>	NOMBRE:
FECHA Y HORA: 03/04/2019	FECHA Y HORA: