ESAP Escuela Superior de Administración Pública	**FORMATO** **INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS -CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS- CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGOS** **PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN PT-A-CT-015**	**CÓDIGO: RE-A-CT-060** **VERSIÓN: 10** **FECHA: 03-10-2023**

PROCESO DE GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Dependencia:	**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL CIUDADANO**	**Número de pago:**	**03**	**Total de pagos:**	**03**	**Fecha:**	DD: 22	MM: DIC	AA: 2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS ESPECÍFICOS

TIPO DE VINCULACION

CONTRATO

Número: **BOG 1716** Vigencia: **2023**

Fecha Suscripción:

Número CDP: **163223** Fecha : 28 de septiembre de 2023

Número RP: **394323** Fecha : 8 de noviembre de 2023

Registro Presupuestal Adicional:

Número RP: Fecha :

Fecha de iniciación/Acta de inicio: DD **17** MM **NOV** AA **2023**

Fecha de terminación: DD **31** MM **DIC** AA **2023**

Duración: 01 Meses 13 Dias

Periodo a pagar: **Tercer pago 30%**

Suspensión No.: Tiempo:

Prorroga: No.: Tiempo:

OBJETO: Participar en la feria Expo Estudiante Nacional 2023 con stand de exposición para la difusión y divulgación de la oferta académica y publicaciones de la ESAP, a realizarse en Corferias del 24 al 27 de octubre.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre/Razon Social : **PROYECTAMOS COLOMBIA S.A.S**

Identificación: Tipo documento: **N.I.T.** Número: **900.555.513** D.V. **03**

Dirección Domicilio: CR 14 76 11 OF 203 Correo Electronico Personal: proyectamoscolombiasas@gmail.com

No. Telefono Fijo: 6 0 1 5 3 4 9 0 7 3 Extensión Oficina: 1014 Celular: 3142647247

Tipo de Cuenta: **AHORROS** Número: 001669997114 Banco: **DAVIVIENDA**

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Seleccione

- ☐ Persona Natural
- ☐ IVA Regimen Simplificado
- ☑ IVA Régimen Comun
- ☑ Gran Contribuyente
- ☑ Autoretenedor
- ☑ R.U.T. (Actividad Economica P/Pal)
- ☑ R.I.T. (Actividad ICAl)
- ☑ Persona Juridica
- ☐ Entidad Sin Animo de Lucro

No. De Factura: 669 Fecha Factura: 18 de diciembre de 2023

Verificado en RUT: SI Soy Declarante de Renta: **SI**

No. Codigo CIIU: **7020** Tarifa: **6,9*1000**

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	$ 0,00
VALOR POR HORA	**HORAS DICTADAS A PAGAR**	**VALOR A PAGAR**
$ 0,00	0	$ 0,00

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato: $ 410.000.000,00

Adición Numero: 0 $ 0,00

Valor Total del contrato: $ 410.000.000,00

Valor pagado: Anticipo $ 0,00

Pago Uno (1)	Pago Dos (2)	Pago Tres (3)	Pago Cuatro (4)
$ 82.000.000,00	$ 205.000.000,00	$ 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

"APLICA SOLO PARA EMPRESAS"

Pago Trece (13)	Pago Catorce (14)	Pago Quince (15)	Pago Dieciseis (16)
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Pago Diescisiete (17)	**Pago Dieciocho (18)**	**Pago Diecinueve**	**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: $ 287.000.000,00

Valor a Pagar en el Periodo: **$ 123.000.000,00**

Saldo: $ 0,00

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

- ☑ El contratista presentó el informe correspondiente:
- ☑ El informe cumple con lo estipulado en el contrato:
- ☑ Se remitió al Grupo de contratación:

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud

Valor pagado $ 4.067.800 Periodo DIC

Comprobante de pago Número: 72618871

Fecha de pago: jueves, 7 de diciembre de 2023

Aportes ARL

Valor pagado $ 178.000 Periodo NOV

Comprobante de pago Número: 255123328

Aportes a Pensión

Valor pagado $ 5.857.000 Periodo NOV

Comprobante de pago Número: 72618871

Fecha de pago: jueves, 7 de diciembre de 2023

- ☐ Pensiondo
- ☑ Certificación

Persona Jurídica:

- ☑ Anexa Certificación de Revisor Fiscal:

FIRMA

Nombre Interventor: **Edwin Andrés Clavijo Romero**

Cedula de Ciudadania: 80.232.326 De Bogotá D.C.

Cargo: Director Técnico de Atención al Ciudadano

Telefono: 601 7956110 Extesion 4135

Anexos obligatorios para efectuar el Radicado:

CONTRATACIÓN	CONTABILIDAD
☑ Informe de Actividades El Grupo de Contratación Certifica que el contratista presento el Informe de Actividades y correspondientes soportes. ☑ SI ☐ NO	☑ Informe de Actividades ☑ Designación de Supervisón ☑ Clausula 3ra/Designación de Supervisión

Escuela Superior de Administración Pública	**FORMATO** **INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS -CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS- CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGOS** **PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN PT-A-CT-015**	**CÓDIGO: RE-A-CT-060** **VERSIÓN: 10** **FECHA: 03-10-2023**

PROCESO DE GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Dependencia:	**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL CIUDADANO**	**Número de pago:**	**03**	**Total de pagos:**	**03**	**Fecha:**	DD	MM	AA
							22	**DIC**	**2023**

	Tema	Peso	Criterio	Calificacion	Vr. Real	Vr. Ideal
REEVALUACION DEL PROVEEDOR	**Cumplimiento Exigencias Contractuales**	**60%**	Productos y/o servicios acordes con los requeridos	**05**	0,03	0,03
			Cumplimiento de plazos contractuales o de cronogramas acordados	**05**	0,03	0,03
			Presentó Informes Oportunamente	**05**	0,03	0,03
	Otras actividades	**40%**	Atención a reclamos y/o aclaraciones	**05**	0,02	0,02
			Servicio al cliente	**05**	0,02	0,02
			Conocimiento o idoneidad del contratista en la prestación del servicio o suministro del bien	**05**	0,02	0,02
		100%	**TOTALES**		**0,15**	**0,15**
			CALIFICACION TOTAL			**100,00%**

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

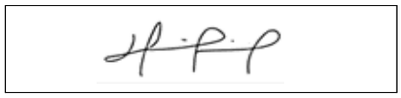
BUENO	SI LA CALIFICACION TOTAL ES MAYOR O IGUAL A 80%
REGULAR	SI LA CALIFICACION TOTAL ESTA ENTRE 51% Y 79%
DEFICIENTE	SI LA CALIFICACION TOTAL ES MENOR A 50%

Acción a seguir:	

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se 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: **Edwin Andrés Clavijo Romero**
Cedula de Ciudadania: 80.232.326 De Bogotá D.C.
Cargo: Director Técnico de Atención al Ciudadano
Telefono: 601 7956110 Extesion 4135

Anexos obligatorios para efectuar el Radicado:

CONTRATACIÓN	**CONTABILIDAD**
☑ Informe de Actividades	☐ Informe de Actividades
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: