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 TERRITORIAL**	**Número de pago:**	**01**	**Total de pagos:**	**01**	**Fecha:**	DD: **27**	MM: **DIC**	AA: **2023**

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS ESPECÍFICOS

TIPO DE VINCULACION

Número:	**ESAP-DT-RIS-MC-04-011-2023**	Vigencia:	**2023**	Fecha de iniciación/Acta de inicio		DD: **27**	MM: **NOV**	AA: **2023**			
Fecha Suscripción:	lunes, 27 de noviembre de 2023			Fecha de terminación:		DD: **27**	MM: **DIC**	AA: **2023**			
Número CDP:	**14923**	Fecha :	15 de noviembre de 2023	Duración:	01	Meses		Dias			
Número RP:	**123023**	Fecha :	28 de noviembre de 2023	Periodo a pagar:		**PRIMER PAGO**					
Registro Presupuestal Adicional:				Suspensión No.:		Tiempo:					
Número RP:		Fecha :		Prorroga: No.:		Tiempo:					

OBJETO: "Prestar servicios de apoyo logístico quepermitan adelantar las actividades de grabacióny edición de productos audiovisuales CAFESAP de la territorial Quindío Risaralda"

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre/Razon Social : **FUNDACION SEMILLAS DEL FUTURO**

Identificación:	Tipo documento: **N.I.T.**	Número:	**816.004.977**	D.V.	**09**
Dirección Domicilio:	CC. FIDUCENTRO LOCAL B 103 Y LOCAL B 104	Correo Electronico Personal:	hernandomayor40@gmail.com		
No. Telefono Fijo:		Extensión Oficina:		Celular:	3128374326
Tipo de Cuenta	**AHORROS**	Número:	126070700508	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 ICAI)
- ☑ Persona Jurídica
- ☐ Entidad Sin Animo de Lucro

No. De Factura	FESM-82	Fecha Factura:	13 de diciembre de 2023
Verificado en RUT:	SI	Soy Declarante de Renta:	**SI**
No. Codigo CIIU:		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!

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato: $ 9.515.000,00
Adición Numero: 0
Valor Total del contrato: $ 9.515.000,00
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
"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: $ 0,00
Valor a Pagar en el Periodo: **$ 9.515.000,00**
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 $ 0 Periodo
Comprobante de pago Número:
Fecha de pago:

Aportes ARL

Valor pagado $ 0 Periodo
Comprobante de pago Número:

Aportes a Pensión

Valor pagado $ 0 Periodo
Comprobante de pago Número:
Fecha de pago:

- ☐ Pensiondo
- ☐ Certificación

Persona Jurídica: ☑ Anexa Certificación de Revisor Fiscal:

FIRMA

Nombre Interventor: **LUIS ALBERTO SIERRA PAJOY**
Cedula de Ciudadania: 4.518.775 De PEREIRA
Cargo: DIRECTOR TERRITORIAL
Telefono: Extesion

Anexos obligatorios para efectuar el Radicado:

CONTRATACIÓN

☐ Informe de Actividades
El Grupo de Contratación Certifica que el contratista presento el Informe de Actividades y correspondientes soportes.
☐ SI ☐ NO

CONTABILIDAD

- ☑ Informe de Actividades
- ☐ Designación de Supervisón
- ☐ Clausula 3ra/Designación de Supervisión

	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 TERRITORIAL	Número de pago:	01	Total de pagos:	01	Fecha:	DD	MM	AA
							27	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

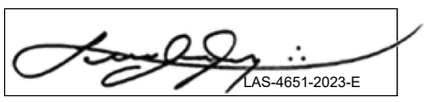
BUENO	SI LA CALIFICACION TOTAL ES MAYOR O IGUAL A 80%
REGULAR	SI LA CALIFICACION TOTAL ESTA ENTRE 51% Y 79%
DEFICIENTE	SI LA CALIFICACION TOTAL ES MENOR A 50%

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: **LUIS ALBERTO SIERRA PAJOY**
Cedula de Ciudadania: 4.518.775 De PEREIRA
Cargo: DIRECTOR TERRITORIAL
Telefono: 0 Extesion 0

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: