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:	**ALMACEN E INVENTARIOS**	**Número de pago:**	**01**	**Total de pagos:**		**Fecha:**	DD: 22	MM: ABR	AA: 2024

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS ESPECÍFICOS

							DD	MM	AA
TIPO DE VINCULACION	Número:	MC-BOL-7-010-2023 - Comunicaciones	Vigencia:	**2023**	Fecha de iniciación/Acta de inicio		**28**	**DIC**	**2023**
	Fecha Suscripción:				Fecha de terminación:		**10**	**ENE**	**2024**
CONTRATO	Número CDP:	**11423 del 2023**	Fecha :	30 de octubre de 2023	Duración:		Meses		Dias
	Número RP:	**98623 del 2023**	Fecha :		Periodo a pagar:				
	Registro Presupuestal Adicional:				Suspensión No.:		Tiempo:		
	Número RP:		Fecha :		Prorroga: No.:		Tiempo:		

OBJETO: Suministrar los elementos publicitarios establecidos en las condiciones técnicas anexas, acorde a las necesidades del área de comunicaciones de la territorial Bolívar, Córdoba, Sucre y San Andrés Islas.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre/Razon Social :	**COMERCIALIZADORA CAFÉ BOTERO S.A.S**				
Identificación:	Tipo documento: **N.I.T.**	Número: **900334037-0**	D.V.		
Dirección Domicilio:	CARRERA 103 # 22-34	Correo Electronico Personal:	comercial@promoarticulos.co		
No. Telefono Fijo:	(601) 7531985	Extensión Oficina:		Celular:	3228463242
Tipo de Cuenta	**AHORROS**	Número: 456370014932	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: 3218 — Fecha Factura: 12 de marzo de 2024

Verificado en RUT: SI — Soy Declarante de Renta:

No. Codigo CIIU: **1811** — 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	$ 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:		$ 10.049.550,00
Adición Numero:	0	$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 10.049.550,00
Valor pagado:	Anticipo	$ 0,00

Pago Uno (1)	Pago Dos (2)	Pago Tres (3)	Pago Cuatro (4)
$ 10.049.550,00	$ 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:	$ 10.049.550,00
Valor a Pagar en el Periodo:	**$ 0,00**
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: $ 483.200 — Periodo: ABR

Comprobante de pago Número: 76108801

Fecha de pago: jueves, 4 de abril de 2024

Aportes ARL

Valor pagado: $ 126.400 — Periodo: ABR

Comprobante de pago Número: 76108801

Aportes a Pensión

Valor pagado: $ 1.931.200 — Periodo: MAR

Comprobante de pago Número: 76108801

Fecha de pago: jueves, 4 de abril de 2024

- ☐ Pensiondo
- ☑ Certificación

Persona Jurídica: ☑ Anexa Certificación de Revisor Fiscal:

FIRMA

Nombre Interventor:

Cedula de Ciudadania: De

Cargo:

Telefono: Extesion

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.	☐ Designación de Supervisón
☐ SI ☐ NO	☐ 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:	**ALMACEN E INVENTARIOS**	**Número de pago:**	**01**	**Total de pagos:**		**Fecha:**	DD: 22	MM: ABR	AA: 2024

	Tema	Peso	Criterio	Calificación	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: **0**
Cedula de Ciudadania: 0 De 0
Cargo: 0
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: