ESAP Escuela Superior de Administración Pública	**FORMATO** **INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS -CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS- CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGOS**	**CÓDIGO: BS-FO-025** **VERSIÓN: 1** **FECHA: 10-04-2024**

Proceso: Adquisición de Bienes y Servicios

Documento de referencia: Procedimiento de la contratación BS-PT-002

Dependencia:	**GRUPO DE BIBLIOTECA Y CDIM**	**Número de pago:**	**01**	**Total de pagos:**	**01**	**Fecha:**	DD: **08**	MM: **OCT**	AA: **2024**

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS ESPECÍFICOS

TIPO DE VINCULACION

CONTRATO

Número:	**1038**	Vigencia:	**2024**	Fecha de iniciación/Acta de inicio		DD: **24**	MM: **JUL**	AA: **2024**	
Fecha Suscripción:	22 DE JULIO DE 2024			Fecha de terminación:		DD: **23**	MM: **OCT**	AA: **2024**	
Número CDP:	**95624**	Fecha :	26 de febrero de 2024	Duración:	03	Meses		Dias	
Número RP:	**323924**	Fecha :	24 de julio de 2024	Periodo a pagar:	**UNICO PAGO**				
Registro Presupuestal Adicional:				Suspensión No.:		Tiempo:			
Número RP:		Fecha :		Prorroga: No.:	01	Tiempo:	30 Dias		

OBJETO: Adquirir material bibliográfico para apoyar los diferentes programas académicos, tanto de pregrado como de posgrado y líneas de investigación y extensión de la Escuela Superior de Administración Pública -ESAP a nivel nacional

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre/Razon Social :	**IMPORTACIONES Y SOLUCIONES DE INGENIERIA S.A.S**				
Identificación:	Tipo documento: **N.I.T.**	Número: **900989171-0**	D.V.		
Dirección Domicilio:	Calle 4 Sur 48 110. Oficina 349	Correo Electronico Personal:	ventas@imposoluciones.com		
No. Telefono Fijo:	2945790	Extensión Oficina:		Celular:	3008045511
Tipo de Cuenta	**AHORROS**	Número: 039400041347	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 Juridica
- ☐ Entidad Sin Animo de Lucro

No. De Factura	1001	Fecha Factura:	02 DE OCTUBRE DE 2024
Verificado en RUT:	SI	Soy Declarante de Renta:	**SI**
No. Codigo CIIU:	**4690**	Tarifa:	**11,4*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	#¡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:		$ 301.138.650,00
Adición Numero:	01	$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 301.138.650,00
Valor pagado:	Anticipo	$ 0,00

CONSECUTIVO PAGOS SUPERIORES A UN (1) AÑO

"APLICA SOLO PARA EMPRESAS"

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 Diescisiete (17)**	**Pago Dieciocho (18)**	**Pago Diecinueve**	**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:	**$ 301.138.650,00**
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			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$ 0	Periodo	Valor pagado	$ 0	Periodo
Comprobante de pago Número:			Comprobante de pago Número:		
Fecha de pago:			Fecha de pago:		

Aportes ARL

Valor pagado	$ 0	Periodo
Comprobante de pago Número:		

- ☐ Pensiondo
- ☐ Certificación

Persona Jurídica: ☐ Anexa Certificación de Revisor Fiscal:

FIRMA



Nombre Interventor:	**JUAN SEBASTIAN CÁRDENAS JIMÉNEZ**		
Cedula de Ciudadania:	1.022.425.753	De	Bogotá
Cargo:	Coordinador Grupo de Biblioteca y CDIM		
Telefono:	18000423713	Extesion	

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**	**CÓDIGO: BS-FO-025** **VERSIÓN: 1** **FECHA: 10-04-2024**

Proceso: Adquisición de Bienes y Servicios

Documento de referencia: Procedimiento de la contratación BS-PT-002

Dependencia:	**GRUPO DE BIBLIOTECA Y CDIM**	**Número de pago:**	**01**	**Total de pagos:**	**01**	**Fecha:**	DD	MM	AA
							08	**OCT**	**2024**

	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

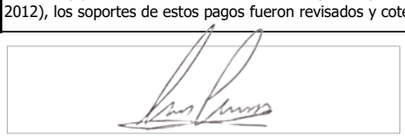
BUENO	SI LA CALIFICACION TOTAL ES MAYOR O IGUAL A 80%
REGULAR	SI LA CALIFICACION TOTAL ESTA ENTRE 51% Y 79%
DEFICIENTE	SI LA CALIFICACION TOTAL ES MENOR A 50%

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: **JUAN SEBASTIAN CÁRDENAS JIMÉNEZ**
Cedula de Ciudadania: 1.022.425.753 De Bogotá
Cargo: Coordinador Grupo de Biblioteca y CDIM
Telefono: 18000423713 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.	☑ Declaración Juramentada
	☑ Clausula 3ra/Designación de Supervisión
☐ SI ☐ NO	

RECIBIDO CONTRATACION	**RECIBIDO CONTABILIDAD**
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA Y HORA:	FECHA Y HORA: