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:	**OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES**	**Número de pago:**	**03**	**Total de pagos:**	**03**	**Fecha:**	DD: **21**	MM: **DIC**	AA: **2024**

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS ESPECÍFICOS

							DD	MM	AA
TIPO DE VINCULACION	Número:	**1559**	Vigencia:	**2023**	Fecha de iniciación/Acta de inicio		**21**	**SEPT**	**2023**
	Fecha Suscripción:	miércoles, 20 de septiembre de 2023			Fecha de terminación:		**15**	**DIC**	**2023**
CONTRATO	Número CDP:	**114923**	Fecha :	18 de julio de 2023	Duración:	03 Meses	06	Dias	
	Número RP:	**289923**	Fecha :	21 de septiembre de 2023	Periodo a pagar:	**Ultimo pago correspondiente al 30%**			
	Registro Presupuestal Adicional:				Suspensión No.:		Tiempo:		
	Número RP:		Fecha :		Prorroga: No.:		Tiempo:		

OBJETO: Contratar la instalación, configuración, actualización, migración, integración, diagnóstico, soporte y atención de requerimientos, para el funcionamiento idóneo de las plataformas LMS de la ESAP.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre/Razon Social :	**BUEN DATA S.A.S.**				
Identificación:	Tipo documento: **N.I.T.**	Número: **901.334.539**	D.V. **01**		
Dirección Domicilio:	Calle 127 70G 78	Correo Electronico Personal:	pagos@buendata.com		
No. Telefono Fijo:	NO APLICA	Extensión Oficina:		Celular:	3142426892
Tipo de Cuenta	**AHORROS**	Número:	66203182610	Banco:	**BANCOLOMBIA**

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	BUEN533	Fecha Factura:	18 de diciembre de 2023
Verificado en RUT:	SI	Soy Declarante de Renta:	**SI**
No. Codigo CIIU:	**6201**	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	#¡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:		$ 667.680.000,00
Adición Numero:	0	$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 667.680.000,00
Valor pagado:	Anticipo	$ 0,00

Pago Uno (1)	Pago Dos (2)	Pago Tres (3)	Pago Cuatro (4)
$ 267.072.000,00	$ 200.304.000,00	$ 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:	$ 467.376.000,00
Valor a Pagar en el Periodo:	**$ 200.304.000,00**
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			**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			☐ Pensiondo		
Valor pagado	$ 0	Periodo	☐ Certificación		
Comprobante de pago Número:					

Persona Jurídica: ☐ Anexa Certificación de Revisor Fiscal:

FIRMA

Nombre Interventor:	**Gino A Piñeros**	**Michael Lopez García**
Cedula de Ciudadania:	19.392.336	80.097.880
Cargo:	Profesional Especializado OTIC	Director Capacitaciones
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:	**OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES**	**Número de pago:**	**03**	**Total de pagos:**	**03**	**Fecha:**	DD	MM	AA
							21	**DIC**	**2024**

REEVALUACION DEL PROVEEDOR

Tema	Peso	Criterio	Calificacion	Vr. Real	Vr. Ideal
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	**04**	0,024	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**		**0,14**	**0,15**
		CALIFICACION TOTAL			**96,00%**

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

Michael López G.

Nombre Interventor:	**Gino A Piñeros**		**Michael Lopez García**
Cedula de Ciudadania:	19.392.336	De	80.097.880
Cargo:	Profesional Especializado OTIC		Director Capacita
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: