INFORME FINAL DE SUPERVISION DE CONTRATOS - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIONES DE PAGOS

Escuela Superior de Administración Pública
República de Colombia

DOCUMENTO DE REFERENCIA: PT-A-CT-08

Dependencia:	BIENESTAR UNIVERSITARIO	Número de pago:	03	Total de pagos:	03	Fecha:	DD: 23	MM: JUN	AA: 2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS ESPECÍFICOS

TIPO DE VINCULACION: **CONTRATO**

Número:	594	Vigencia:	2023	Fecha de iniciación/Acta de inicio	17	MAR	2023	
Fecha Suscripción:	viernes, 17 de marzo de 2023			Fecha de terminación:	04	MAY	2023	
Número CDP:	68823	Fecha :	20 de febrero de 2023	Duración:	Meses	25	Dias	
Número RP:	79823	Fecha :	17 de marzo de 2023	Periodo a pagar:	Mayo 1 - 4			
Registro Presupuestal Adicional:				Suspensión No.:		Tiempo:		
Número RP:	79823	Fecha :	17 de marzo de 2023	Prorroga: No.:	01	Tiempo:	8 Dias	

OBJETO: Prestar el servicio de transporte para la comunidad esapista en la Sede Central de la ESAP

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre/Razon Social : **EMPRESA COLOMBIANA DE SERVICIOS ESPECIALES Y TURISMO EXTURISCOL S.A.S.,**

Identificación: Tipo documento: **N.I.T.** Número: **860.079.217** D.V.

Dirección Domicilio: Carrera 11 71 - 40 Piso 3 Correo Electronico Personal: administrativo1@exturiscol.com

No. Telefono Fijo: 7433468 Extensión Oficina: Celular: 7433468

Tipo de Cuenta: **CORRIENTE** Número: 0,09469995246 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: FV-1009 Fecha Factura: 31 de mayo de 2023

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

No. Codigo CIIU: **4921** Tarifa: **4,14*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: $ 49.981.400,00

Adición Numero: 01 $ 23.675.400,00

Valor Total del contrato: $ 73.656.800,00

Valor pagado: Anticipo $ 0,00

Pago Uno (1)	Pago Dos (2)	Pago Tres (3)	Pago Cuatro (4)
$ 26.306.000,00	$ 39.459.000,00		
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: $ 65.765.000,00

Valor a Pagar en el Periodo: **$ 7.891.800,00**

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: **JOSE IGNACIO GUERRERO CELY**

Cedula de Ciudadania: 19.318.560 De Bogotá

Cargo: Director Técnico Bienestar Universitario.

Telefono: 3105592250 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

Escuela Superior de Administración Pública
República de Colombia

INFORME FINAL DE SUPERVISION DE CONTRATOS - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIONES DE PAGOS

DOCUMENTO DE REFERENCIA: PT-A-CT-08

Dependencia:	**BIENESTAR UNIVERSITARIO**	**Número de pago:**	**03**	**Total de pagos:**	**03**	**Fecha:**	DD	MM	AA
							23	**JUN**	**2023**

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	**05**	0,03	0,03
		Presentó Informes Oportunamente	**04**	0,024	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

Nombre Interventor: **JOSE IGNACIO GUERRERO CELY**
Cedula de Ciudadania: 19.318.560 De Bogotá
Cargo: Director Técnico Bienestar Universitario.
Telefono: 3105592250 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: