1. INFORME DE SUPERVISIÓN N° 002- CONTRATO 001-2025

DATOS GENERALES

Contrato [X] Convenio [ ]

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	CONTRATACION DIRECTA	
N° DE PROCESO DE SELECCIÓN	001-2025	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
SECRETARÍA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD	RECTORÍA	
NÚMERO DEL CONTRATO	001-2025	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	06 DE JUNIO DE 2025	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN EN ASESORÍA CONTABLE, TRIBUTARIA, PRESUPUESTAL Y CONTRACTUAL A LOS FONDOS DE SERVICIOS EDUCATIVOS.	
CONTRATISTA	ECUANIMES S.A.S	
NIT/CC	901.110. 736 –2	
REPRESENTANTE LEGAL	YANIT DE JESUS ANAYA MADERA	
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	1.063.137.079	
VALOR DEL CONTRATO	$ 14.000.000	
FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS	UN PRIMER PAGO ANTICIPADO EQUIVALENTE AL 50% DEL VALOR DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE A SIETE MILLONES DE PESOS M/Cte. ($7.000.000) EL CUAL SE REALIZARA EL PAGO EN EL MES DE JUNIO, UN SEGUNDO PAGO EQUIVALENTE AL 25% DEL VALOR DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE A TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/Cte. ($3.500.000) EL CUAL SE REALIZARA EL PAGO EN EL MES DE OCTUBRE Y UN PAGO FINAL EQUIVALANTE AL 25% DEL VALOR DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE A TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/Cte. ($3.500.000) EL CUAL SE REALIZARA EL PAGO EN EL MES DE DICIEMBRE.	
PLAZO DEL CONTRATO	CINCO (05) MESES Y VEINTICINCO (25) DIAS	
SUPERVISOR	NOMBRE	DIANA PATRICIA ELJACH HERNANDEZ
	FECHA DE DESIGNACIÓN DE LA SUPERVISIÓN .	04 DE JUNIO DE 2025

DATOS FINANCIEROS

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL – CDP					
N°	001-2025	VALOR(ES)	$ 14.000.000	FECHA(S)	04 DE JUNIO DE 2025
REGISTRO PRESUPUESTAL – RP					
N°	001-2025	VALOR(ES)	$ 14.000.000	FECHA(S)	06 DE JUNIO DE 2025
RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) AFECTADO(S)			HONORARIOS		

RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

TIPO DE APORTE	PLANILLA N°	VALOR APORTE	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE
SALUD, PENSIÓN, ARL		$	

SÍ [X] Se da visto bueno para realizar el pago de $3.500.000 por concepto de PAGO PARCIAL N° 002

NO [ ] Se recomienda a la administración tomar las siguientes acciones: _____

CERTIFICO que, en cumplimiento de mis obligaciones como supervisor, recibí, revisé y aprobé personalmente las actividades realizadas por la contratista en el periodo correspondiente.

_____
Firma del Supervisor
Nombre: DIANA PATRICIA ELJACH HERNANDEZ