INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUEVA ESPERANZA

Resolución de aprobación No. 001195 de septiembre 20 de 2002
y Resolución N| 0644 de agosto 10 de 2010
DANE: 223001002499
NIT: 900129742 – 7

1. INFORME DE SUPERVISIÓN FINAL - 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	10 DE ABRIL DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN EN ASESORÍA CONTABLE, TRIBUTARIA Y PRESUPUESTAL 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	$ 12.000.000
FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS	UN PRIMER PAGO ANTICIPADO EQUIVALENTE AL 50% DEL VALOR DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE A SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($6.000.000) EL CUAL SE REALIZARÁ EL PAGO EN EL MES DE ABRIL, UN SEGUNDO PAGO EQUIVALENTE AL 30% DEL VALOR DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/Cte. ($3.600.000) EL CUAL SE REALIZARA EL PAGO EN EL MES DE SEPTIEMBRE Y UN PAGO FINAL EQUIVALANTE AL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE A DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.400.000) EL CUAL SE REALIZARA EL PAGO EN EL MES DE NOVIEMBRE
PLAZO DEL CONTRATO	SIETE (07) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS
SUPERVISOR – NOMBRE	MIRTHA MENDEZ PASTRANA
SUPERVISOR – FECHA DE DESIGNACIÓN DE LA SUPERVISIÓN	07 DE ABRIL DE 2025

DATOS FINANCIEROS

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL – CDP					
N°	001 – 2025	VALOR(ES)	$ 12.000.000	FECHA(S)	07 DE ABRIL DE 2025
REGISTRO PRESUPUESTAL – RP					
N°	001 – 2025	VALOR(ES)	$ 12.000.000	FECHA(S)	10 DE ABRIL 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 $ 2.400.000 por concepto de TOTAL.

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: MIRTHA MENDEZ PASTRANA