Informe de Supervisión

Dependencia	Número de Pago	Total de Pagos	Fecha	Estado
TERRITORIAL ATLANTICO - T02	9	11	29-10-2020	PAGADA

Acto Administrativo - Datos específicos

Tipo de Vinculación	Número de Contrato	Vigencia	Tipo de Pago
CONTRATO	013	2020	

Fecha de Suscripción	Fecha de Iniciación /Acta de Inicio	Fecha de Terminación	Duración Meses / días
14-02-2020	15-02-2020	28-12-2020	10 / 14

Número CDP	Fecha CDP	Número RP	Fecha RP
2620	11-02-2020	6520	13-02-2020

Registro Presupuestal Adicional	Fecha Registro Presupuestal Adicional

Número de Suspensión	Tiempo de Suspensión	Número de Prorroga	Tiempo de Prorroga

Objeto

Prestar sus servicios profesionales para brindar apoyo en el programa de pregrado a la Coordinación Académica, desarrollando las actividades necesarias para la ejecución de los procesos académicos y administrativos propios del programa de educación formal ofertados por la Territorial.

Información básica del Contratista

Nombre / Razón Social
ALBERTO FABIO DEVIA ARAGON

Tipo de Documento	Número de Documento	D.V
CÉDULA DE CIUDADANÍA COLOMBIANA	72213821	

Dirección Domicilio	Correo Electrónico
CARRERA 26 C2 NO 76 09	alberto.devia821@esap.gov.co

Número Telefono fijo	Extensión Oficina	Celular
3189033		3013562334

Tipo de Cuenta	Número Cuenta	Banco
AHORRO	77520364628	BANCOLOMBIA

Aspectos Tributarios

☑ Persona Natural	☐ Persona Jurídica	☐ Entidad sin ánimo de lucro
☐ No Responsable de IVA	☐ Responsable de IVA	☐ Gran Contribuyente
☐ Autoretenedor	☑ Verificado en RUT	☐ Pensionado
☑ R.U.T (Actividad Económica P/pal)	☑ R.I.T (Actividad ICA)	**Soy Declarante de Renta: NO**

No. Código CIIU	Descripción Actividad	Tarifa
8543	EDUCACIÓN DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O DE ESCUELAS TECNOLÓGICAS.	9,66 * 1000

No. Factura	Fecha Factura
0	

Cálculo de valor a pagar cuando se trate de Contratos de Capacitación

Valor del Contrato	Horas totales a dictar según contrato	Valor por hora
0	0	0

Valor por hora	Horas dictadas a pagar	Valor a Pagar
0	0	0

Información Financiera del Contrato o Convenio

Valor Inicial del Contrato	Adición No.	Total Adición	Valor Total del Contrato
26.166.667,00		0,00	26.166.667,00

Total Pagado	Valor a Pagar en el periodo	Saldo
18.833.333,00	2.500.000,00	4.833.334,00

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.

Revisor de Cuenta de Cobro

Documento	Nombre
22657391	LIZ KARINA BARRAGAN PEÑATE

Supervisor		
Documento	Nombre	Firma Supervisor
22657391	LIZ KARINA BARRAGAN PEÑATE	_____

Lista de Documentos soportes del Contrato

Clase Documento	Número	Valor	Fecha Emisión	Archivo
CONTRATO	-	-	-	3. CLAUSULADO ALBERTO DEVIA.pdf
ACTA DE INICIO	-	-	-	5. ACTA DE INICIO ALBERTO DEVIA ARAGON.pdf
DESIGNACION DE SUPERVISOR	-	-	-	4. DESIGNACÍÓN DE SUPERVISIÓN ALBERTO DEVIA.pdf
RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)	6520	26.333.333,00	13-02-2020	2. RP No. 6520 ALBERTO DEVIA.pdf
CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	2620	26.333.333,00	11-02-2020	1. CDP No. 2620 ALBERTO DEVIA.pdf
EXAMEN MEDICO	-	-	-	7. CERTIFICADO OCUPACIONAL.pdf
AFILIACION ARL	-	-	-	6. ARL SURA ALBERTO DEVIA.pdf
RUT	-	-	-	8. RUT ALBERTO DEVIA.pdf

Lista de Documentos soportes de la Cuenta de Cobro

Clase Documento	Número	Valor	Fecha de Pago	Periodo	Descripción	Archivo
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	INFORME_No 9 OCTUBRE.pdf
SOPORTE CAUSACION SIIF	53220	2.500.000,00	03-11-2020	-	-	ALB ERTO DEVIA.pdf
CONSIGNACION BANCARIA PAGO SEGURIDAD SOCIAL	-	-	-	-	-	NOMBRE DE ARCHIVO MUY LARGO
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	CARTA VIATICO.pdf

CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL

De conformidad con el calendario de pagos de contabilidad, se autoriza el presente pago, no obstante el contratista se compromete a ejecutar sus oblicaciones hasta el vencimiento del plazo contractual establecido el cual será verificado por el supervisor.

Contratista		
Documento	Nombre	Firma Contratista
72213821	ALBERTO FABIO DEVIA ARAGON	_____