Informe de Supervisión

Dependencia	Número de Pago	Total de Pagos	Fecha	Estado
AREA ACADEMICA - FUSAGASUGA	4	4	06-12-2020	RADICADO

Acto Administrativo - Datos específicos

Tipo de Vinculación	Número de Contrato	Vigencia	Tipo de Pago
CONTRATO	039	2020	

Fecha de Suscripción	Fecha de Iniciación /Acta de Inicio	Fecha de Terminación	Duración Meses / días
28-08-2020	01-09-2020	31-12-2020	4 / 0

Número CDP	Fecha CDP	Número RP	Fecha RP
15020	24-09-2020	17620	27-08-2020

Registro Presupuestal Adicional	Fecha Registro Presupuestal Adicional

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

Objeto

Prestar servicios profesionales en el desarrollo técnico y operativo del Programa de Fortalecimiento Académico, en el eje temático CONTRATACION ESTATAL en el Nodo - CETAP GACHALA, de la ESAP Territorial Cundinamarca.

Información básica del Contratista

Nombre / Razón Social		
LILIANA IBAÑEZ SUAREZ		
Tipo de Documento	**Número de Documento**	**D.V**
CÉDULA DE CIUDADANÍA COLOMBIANA	[illegible]	
Dirección Domicilio		**Correo Electrónico**
[illegible]		liliana.ibanez@esap.edu.co
Número Telefono fijo	**Extensión Oficina**	**Celular**
		3132115015
Tipo de Cuenta	**Número Cuenta**	**Banco**
[illegible]	[illegible]	BANCO DE BOGOTA

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
70201	ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE GESTIÓN.	6,9 * 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
15.200.000,00		0,00	15.200.000,00
Total Pagado	**Valor a Pagar en el periodo**		**Saldo**
11.400.000,00	3.800.000,00		0,00

Evaluación De Proveedor					
Tema	Peso	Criterio	Calificación	Vr. Real	Vr. Ideal
Cumplimiento Exigencias Contracturales	60 %	Productos y/o servicios acordes con los requeridos	4	.02	0.03
		Cumplimiento de plazos contractuales o de cronogramas acordados	4	.02	0.03
		Presento Informes Oportunamente	5	.03	0.03
Otras Actividades	40 %	Servicio al cliente	5	.02	0.02
		Conocimiento o idoneidad del contratista en la prestacion del servicio o suministro del bien	5	.02	0.02
		Atencion a reclamos y/o aclaraciones	5	.02	0.02
	100 %	Totales		.13	0.15
Calificacion Total		91.99%			
		BUENO			
BUENO		SI LA CALIFICACION TOTAL ES MAYOR O IGUAL 80 %			
REGULAR		SI LA CALIFICACION TOTAL ESTA ENTRE 51 Y 79 %			
DEFICIENTE		SI LA CALIFICACION TOTAL ES MENOR A 50 %			
Accion 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.

Revisor de Cuenta de Cobro	
Documento	Nombre
1089736350	MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ OSPITIA

Supervisor		
Documento	Nombre	Firma Supervisor
1069726359	MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ OSPITIA	_____

Lista de Documentos soportes del Contrato

Clase Documento	Número	Valor	Fecha Emisión	Archivo
CONTRATO	-	-	-	Contrato TCUN-039-2020 Liliana Ibañez001 (1).pdf
ACTA DE INICIO	-	-	-	ACTA DE INICIO.pdf
DESIGNACION DE SUPERVISOR	-	-	-	SUPERVISION.pdf
RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)	17620	15.200.000,00	27-08-2020	RP.pdf
CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	15020	17.100.000,00	24-09-2020	CDP 15020.pdf
EXAMEN MEDICO	-	-	-	15-Examen_Médico_Ocupacional.pdf
AFILIACION ARL	-	-	-	ARL.pdf
RUT	-	-	-	RUT LILIANA IBAÑEZ.pdf

Lista de Documentos soportes de la Cuenta de Cobro

Clase Documento	Número	Valor	Fecha de Pago	Periodo	Descripción	Archivo
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	NOMBRE DE ARCHIVO MUY LARGO
INFORME ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	NOMBRE DE ARCHIVO MUY LARGO
CONSOLIDADO PARAFISCALES (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	47187827	243.200,00	11-12-2020	DICIEMBRE	PENSION	NOMBRE DE ARCHIVO MUY LARGO
CONSOLIDADO PARAFISCALES (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	47187827	190.000,00	11-12-2020	DICIEMBRE	SALUD	NOMBRE DE ARCHIVO MUY LARGO
CONSOLIDADO PARAFISCALES (ANEXAR PDF SIN CONTRASEÑA)	47187827	8.000,00	11-12-2020	DICIEMBRE	ARL	NOMBRE DE ARCHIVO MUY LARGO
PAZ Y SALVO DE INVENTARIOS	-	-	-	-	-	NOMBRE DE ARCHIVO MUY LARGO
PAZ Y SALVO DE INVENTARIOS	-	-	-	-	-	NOMBRE DE ARCHIVO MUY LARGO
CUENTA DE COBRO ANTERIOR	-	-	-	-	-	NOMBRE DE ARCHIVO MUY LARGO
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	NOMBRE DE ARCHIVO MUY LARGO
ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES	-	-	-	-	-	Evidencias Periodo 4.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
20781567	LILIANA IBAÑEZ SUAREZ	Original firmado