CONTRALORIA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS

FORMATO DE SUPERVISION y /o INTERVENTORIA DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS
DIRECCION ADMINSTRATIVA Y FIANANCIERA DAF

CODIGO: H05-GRF-F10
FECHA: 8 de JUNIO/2021
VERSION:0.2
PAGINA: 1 de 1

Dependencia:	**DIRECCION DE AUDITORIA FISCAL**	**Número de pago/ total de pagos:**	2/4	**Fecha:**	**08/06/2021**

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$ 10.000.000		Valor a Pagar:	$ 2.500.000	$ 5.000.000
Número:	0 64	Fec.Suscripción 09-abr-21			
N° CDP:	132	Fecha : 26-mar-21	Fecha de terminación:		8 de Agosto/2021
N° RP:	08-135	Fecha : 09-abr-21	Duración:	4	Meses
Rubro Presupuestal:	21010203		Periodo a pagar:	9 Mayo-08 Junio-2(	
Requiere Informe:	SI: X	NO:	Suspensión No.:		En tiempo:
Entregó Informe:	SI: x	NO:	Prorroga: No.:		En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, DIRIGIDOS AL APOYO, ASESORÍA, Y ACOMPAÑAMIENTO EN LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA QUE PRACTIQUE LA CONTRALORIA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**DORA LILIA ARIAS ROMERO**							
Identificación:	Tipo de documento:	CC.	**32940990**	Nit.		Número:	32.940.990	DV. 6
Dirección:	PIE DE LA POPA CL 29D # 21B-47 EDIFICIO YIMER APTO 3D							
Número de Teléfono:	304 375 85 04			FAX:				
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	**175860963-38**	Banco:	**BANCOLOMBIA**

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"				
Persona Natural:	X	Persona Jurídica:		
Gran Contribuyente:		Autoretenedor:		
IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro		
IVA Régimen Simplificado:				
He verificado de esta información frente al RUT :			SI: X	NO:

INFORME DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI:	NO:	# de folios:
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI:	NO:	
Se remitió al Grupo de contratación ó Talento Humano:	SI:	NO:	Fecha:
Observaciones del Interventor a las actividades ejecutadas:			

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud	**APORTE ARP**	**APORTE A PENSION**
Valor pagado $125000 __Periodo: **MAYO**	Valor pagado $ **5.300** Periodo:MAYO 2021	Valor Pagado $160000 Periodo: MAYO **2021**
Comprobante de pago Número: 941415234	Comprobante de pago Número: 9419415234	Comprobante de pago Número: **9419415234**
Fecha de pago: 31/05/2021	Fecha de pago: _____ **31 de mayo de 2021**	**Fecha de pago: 31/05/2021**

Pensionado:	SI:	NO:	X
Certificación:	SI:	NO:	X

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

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, pensión y riezgos profesionales, conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

Anexos: Copia de aporte a pensión	SI: x	NO:	Cuenta de Cobro	SI: x	NO:
Copia de aporte a salud	SI: x	NO:			
Copia aporte ARP	SI: x	NO:			

FIRMA CONTRATISTA
NOMBRE CONTRATISTA: **DORA LILIA ARIAS ROMERO**
C.C.:32940990

FIRMA INTERVENTOR
NOMBRE INTERVENTOR:KAREN PAOLA PUELLO DELGADO
C.C.: 45.554.347
CARGO: DIRECTOR TECNICO AUDITORIA FISCAL