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: 23 Octubre 2012	
VERSION:0.2	
PAGINA: 1 de 1	

Dependencia:		**Número de pago/ total de pagos:**	3/3	**Fecha:**	**08/06/2021**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	FERNANDO JOSÉ GARCÍA TORRES								
Identificación:	Tipo de documento:	CC.	X	Nit.		Número:	1.052.966.233	DV.	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	08500060507	Banco:	Bancolombia	

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$ 9.000.000,00			Valor a Pagar:	$3.000.000.oo	Saldo	0
Número:	038-2021	Fec.Suscripci	05-mar-21				
N° CDP:	46	Fecha :	29-ene-21	Fecha de terminación:	04 de junio 2021		
N° RP:	08-94	Fecha :	05-mar-21	Duración:	3	Meses	
Rubro Presupuestal:	21010203			Periodo a pagar:	05/05/2021 al 04/06/2021		
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 LEGAL Y JURÍDICO EN LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA QUE PRACTIQUE LA CONTRALORÍA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS.

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: X	NO:	# de folios:
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: X	NO:	
Observaciones del Interventor a las actividades ejecutadas:			

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud	**APORTE ARP**	**APORTE A PENSION**
Valor pagado $ 150.000 Periodo: Mayo	Valor pagado: 6.300 Periodo: Mayo	Valor Pagado $ 192.000 Periodo: Mayo
Comprobante de pago Número: 9420824292	Comprobante de pago Número: 9420824292	Comprobante de pago Número: 9420824292
Fecha de pago: 8 de junio de 2021	Fecha de pa 08/06/2021	Fecha de pago: 8/06/2021

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

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:	NO:
Copia de aporte a salud	SI: x	NO:			
Copia aporte ARL	SI: x	NO:			

FIRMA CONTRATISTA
NOMBRE CONTRATISTA: **FERNANDO JOSÉ GARCÍA TORRES**
C.C.: 1.052.966.233

FIRMA INTERVENTOR
NOMBRE INTERVENTOR: **KAREN PAOLA PUELLO DELGADO**
C.C.: **45.554.347**
CARGO: **DIRECTORA TECNICA DE AUDITORIA FISCAL**