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: 9 de AGOSTO/2021	
VERSION:0.2	
PAGINA: 1 de 1	

Dependencia:	**DIRECCION DE AUDITORIA FISCAL**	**Número de pago/ total de pagos:**	4	**Fecha:**	**09/08/2021**

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$ 10.000.000			Valor a Pagar:	$ 2.500.000	$ -	
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 Julio-08 Agosto-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 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	**175530670-22**	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: **JULIO**	Valor pagado $ 5.300 Periodo:JULIO 2021	Valor Pagado $160000 Periodo: JULIO **2021**
Comprobante de pago Número: 9422979569	**Comprobante de pago Número: 9422979569**	Comprobante de pago Número: **9422979569**
Fecha de pago: 9/08/2021	Fecha de pago: _____ **9 de agosto de 2021**	**Fecha de pago: 09/08/2021**

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