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:**	2/3	**Fecha:**	**04/05/2021**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	MARIA FERNANDA CHARRY SAMPAYO										
Identificación:	Tipo de documento:	CC.	X	Nit.		Número:	33.354.715	DV.			
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	822777905	Banco:	AV VILLAS			

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$ 9.000.000,00			Valor a Pagar:	$3.000.000.oo	Saldo	3.000.000
Número:	CDC-037-2021	Fec.Suscripci	05-mar-21				
N° CDP:	07-83	Fecha :	18-feb-21	Fecha de terminación:		04-jun-21	
N° RP:	08-93	Fecha :	05-mar-21	Duración:	3	Meses	
Rubro Presupuestal:	21010203			Periodo a pagar:		05/04/2021 al 04/05/2021	
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 Y ACOMPAÑAMIENTO JURIDICO Y LEGAL QUE REQUIERA LA OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA CONTRALORIA 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:	X		

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 $ 235000 Periodo: Mayo	Valor pagado 9.900 Periodo: Mayo	Valor Pagado $ 300800 Periodo: Mayo
Comprobante de pago Número: 9420032102	Comprobante de pago Número: 9420032102	Comprobante de pago Número: 9420032102
Fecha de pago: 27 de mayo de 2021	Fecha de pag 27/05/2021	Fecha de pago: 27/05/2021

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 riesgos 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 ARL	SI: x	NO:			

FIRMA CONTRATISTA
NOMBRE CONTRATISTA: **MARIA FERNANDA CHARRY SAMPAYO**
C.C.: 33.354.715

FIRMA INTERVENTOR
NOMBRE INTERVENTOR: **LEONARDO OROZCO DE BRIGARD**
C.C.: **7.919.908**
CARGO: **JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA**