FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS
F-SCAP

Dependencia:

Número de pago/ total de pagos: 1/2 Fecha:

DATOS DEL CONTRATO

ACTO ADMINISTRATIVO

Valor Contrato:	6,400,000			Valor a Pagar:	1,600,000
Número:	137	Fec.Suscripción	17/08/2021	Fecha de iniciación:	17/08/2021
N° CDP:	413	Fecha :	28/07/2021	Fecha de terminación:	31/12/2021
N° RP:	1108	Fecha :	17/082021	Duración:	4 MESES
Rubro Presupuestal:	Gastos de Funcionamiento			Periodo a pagar:	17/08/2021 al 16/09/2021
Requiere Informe:	SI: X		NO:	Suspensión No.:	En tiempo:
Entregó Informe:	SI: X		NO:	Prorroga: No.:	En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO ASISTENTE ADMINISTRATIVO DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR CSB

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	DANNA ISABLE GARZON PERDOMO						
Identificación:	Tipo de documento: Cédula	X	Nit.		Número:	1.081.927.406	
Dirección:	Barrio Olaya, cll 18 # 10A-14				FAX:	CEL.	3022953193
Número de Teléfono:							
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	x	Número	48462226643	Banco: BANCOLOMBIA

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"				
Persona Natural:		Persona Jurídica:		
Gran Contribuyente:	X	Autoretenedor:		
IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro		
IVA Régimen Simplificado:				
He verificado de esta información frente al RUT :			SI: X	

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

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

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud

Valor pagado $ _____ Periodo _____

Comprobante de pago Número: _____

Fecha de pago: _____

Aportes a Pensión

Valor pagado _____

Fecha de pago: _____

Aportes a Riesgos Profesionales(Seguros de Vida, Colpatria S.A.)

Valor pagado $ _____ Periodo _____

Comprobante de pago Número: _____ Fecha de pago: _____

Pensionado: SI: _____

Certificación: SI: _____

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: _____

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 049 de 2008), 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	
Copia de aporte a salud	SI: x	NO:			
Copia de aporte a Riesgos Profesionales	SI				

1 anexo

FIRMA CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA: Danna Garzón P.

C.C.: 1081927406

FADEL ALI SUAREZ

Sub. Dir Admintrativo y Financiero

C.C.: