

AMC. Área Metropolitana de Cúcuta. *****		FORMATO UNICO INFORME DE SUPERVISION CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACION DE PAGOS							
Versión:		Fecha:		Página: 1 de 1		Código:			
Dependencia:		SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Número de pago/ total de pagos:		1/1		Fecha: 12/10/2021	
ACTO ADMINISTRATIVO									
Marque con "X"		DATOS ESPECÍFICOS							
OPS		Número:	CPS No. 191 de 2021			Fecha de iniciación:		26/08/2021	
CONTRATO	XX	Fecha de suscripción:	25/08/2021			Fecha de terminación:		25/09/2021	
RESOLUCIÓN		N° CDP:	370	Fecha :	13/08/2021	Duración:	1	Meses	0
FACTURA		N° RP:	326	Fecha :	25/08/2021	Periodo a pagar:	Unico		
CONVENIO		Requiere Informe:	SI:	X	NO:	Suspensión No.:	En tiempo:		
		Entregó Informe:	SI:	X	NO:	Prorroga No.:	En tiempo:		Inf
Objeto:		SE OBLIGA A EJECUTAR PARA EL AREA CAMPAÑA PUBLICITARIA "TRANSPORTANDO BUENAS CONDUCTAS" DENTRO DEL MARCO DEL CONVENIO No. 1396 - 2021 CELEBRADO ENTRE EL AREA METROPOLITANA DE CUCUTA Y LA SECRETARIA DE TRANSITO Y TRANSPORTE							
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA									
Nombre:		CARLOS ARTURO PEÑA ARDILA							
Identificación:		Tipo de documento:	Cédula	XX	Nit.	Número:	13,467,003	DV.	
Dirección:		Calle 22 AN No 18E-59 Niza							
Número de Teléfono:		5715604			FAX:	CEL.			
Clase y número de cuenta:		Corriente:	Ahorros	XX	Número	67600076565	Banco:	DAVIVIENDA	
ASPECTOS TRIBUTARIOS		Marque con "X"		Persona Natural:	XX	Persona Jurídica:			
				Gran Contribuyente:		Autoretenedor:			
				IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro			
				Actividad IICA- Código CIIU:		Tarifa:			
				He verificado de esta información frente al RUT :	SI:	XX	NO:		
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO									
Valor Inicial del contrato:		2.980.000							
Adición No.		0							
Valor Total del contrato:		2.980.000							
Valor pagado:		0							
Valor a pagar en el periodo:		2.979.998							
Saldo:		2							
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD		El contratista presentó el informe correspondiente:		SI:	X	NO:	# de folios:	8	
		El informe cumple con lo estipulado en el contrato:		SI:	X	NO:	ANEXA		
		Se remitió al Grupo de contratación:		SI:	X	NO:	Fecha:		
		Observaciones del Interventor a los trabajos ejecutados:							
		AVANCE DE CONTRATO 100%							
APORTES SEGURIDAD SOCIAL		Persona Natural:							
		Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
		Valor pagado \$	113.600	Periodo	Octubre del 2021	Valor pagado \$	145.400	Periodo	Octubre del 2021
		Comprobante de pago Número:	9425642911			Comprobante de pago Número:	9425642911		
		Fecha de pago:	07 de octubre del 2021			Fecha de pago:	07 de octubre del 2021		
		Aportes ARP				Pensionado:			
		Valor pagado \$	4.800	Periodo	Octubre del 2021	Certificación:	SI:	NO:	x
SOLICITUD DE PAGO		Persona Jurídica:							
		Anexa Certificación del Revisor Fiscal:				SI:	NO:	x	
		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 ARL 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.							
FIRMA DEL SUPERVISOR		Anexos: Copia de aporte a pensión				SI:	x	NO:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		Copia de aporte a salud				SI:	x	NO:	
C.C.:		Copia aporte ARP				SI:	x	NO:	
CARGO:		Estampillas:				SI:		NO:	
		A DESCONTAR EN EL PAGO							