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:	OFICINA ASESORA DE JURIDICA	Número de pago/ total de pagos:	4/4	Fecha:	02/11/2021

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	JENNIFER TATIANA SALGUEDO MONTT								
Identificación:	Tipo de documento:	CC:	X	Nit.		Número:	1.047.460.236	DV.	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	24050367494	Banco:	CAJA SOCIAL	

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$ 10.800.000,00			Valor a Pagar:	$ 2.700.000,00 Saldo 0
Número:	083-2020	Fec.Suscripci	02-jul-21		
N° CDP:	07-209	Fecha :	01-jul-21	Fecha de terminación:	01 de noviembre 2021
N° RP:	08-209	Fecha :	02-jul-21	Duración:	04 meses
Rubro Presupuestal:	21010203			Periodo a pagar:	02/10/2021 al 01/11/2021
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 DIRIGISDOS AL APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO JURÍDICO Y LEGAL EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS QUE MANEJA 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 $ 135.000 Periodo: octubre	Valor pagado 5.700 Periodo: octubre	Valor Pagado $ 172.800 Periodo: octubre
Comprobante de pago Número: 9424998727	Comprobante de pago Número: 9424998727	Comprobante de pago Número: 9424998727
Fecha de pago: 5 de octubre de 2021	Fecha de pa 05/10/2021	Fecha de pago: 05/10/2021

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: JENNIFER TATIANA SALGUEDO MONTT
C.C.: 1.047.460.236

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