FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP

Dependencia: | Fecha: 28/11/2021

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato: $6,000,000.00 | Valor a Pagar: $2,000,000.00

Número: 288 | Fec. Suscripción: Oct 5 2021 | Fecha de iniciación: Oct 7 2021 | Fecha de terminación: Dic 28 2021

N° CDP: 122 | Fecha: Sep 24 2021 | Duración: | Meses: 4 | Días: 0

N° RP: 477 | Fecha: Oct 7 2021 | Periodo a pagar: Oct 29 2021 - Nov 28 2021

Rubro Presupuestal: Servicios profesionales y técnicos de apoyo a la gestión

Requiere Informe: | Prorroga No.:

FORMA DE PAGO:

El valor del presente contrato corresponde a la suma de SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000.00) Este valor comprende todos los gastos directos e indirectos, gravámenes, tributos y demás costos en que incurra el contratista con ocasión a la ejecución del presente contrato. El Concejo Distrital de Cartagena de Indias pagara al contratista el valor del contrato en TRES (3) mensualidades vencidas por valor de DOS MILLONES DE PESOS ($3.000.000.00) contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	7959024-9	DV.	
Dirección:									
Número de Teléfono:	BOLIVAR	0		FAX:			CEL.	0	
Clase y número de cuenta:			Ahorros	X	67826816934	Banco:	BANCOLOMBIA		

ASPECTOS TRIBUTARIOS

He verificado de esta información frente al RUT:

INFORME DEL SUPERVISOR

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:

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: Se cumplieron con las obligaciones del contrato

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado	$113,600.00	Valor pagado	$145,400.00
Periodo	OCTUBRE	Periodo	OCTUBRE
Comprobante de pago Número:	9426062558	Comprobante de pago Número:	9426062558
Fecha de pago:	Nov 24 2021	Fecha de pago:	Nov 24 2021

Aportes a ARL	
Valor pagado	$4,800.00
Periodo	OCTUBRE
Comprobante de pago Número:	9426062558
Fecha de pago:	Nov 24 2021

NOTA:

Persona Jurídica:

Anexa Certificación del Revisor Fiscal: **SI**

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la 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 cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

FIRMA CONTRATISTA: DC62C9F2-F60C-4C4C-BD0F-5EABF00E0008

NOMBRE CONTRATISTA: LUIS GABRIEL UTRIA FERNANDEZ

C.C.: 7959024-9

B776AA76-CA8B-4048-81A1-69A1C8317E6C

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: VIVIANA DEL CARMEN MALO LECOMPTE

CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO - DIRECTORA ADMINISTRATIVA