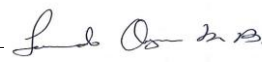


FORMATO DE SUPERVISION y/o INTERVENTORIA DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DAF
CODIGO: H05-GRF-F10
FECHA: 23 Octubre 2012
VERSION: 0.2
PAGINA: 1 de 1

Dependencia:			Número de pago/ total de pagos:	2/4	Fecha:	06/09/2021																									
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA																															
Nombre:	MARIA FERNANDA CHARRY SAMPAYO																														
Identificación:	Tipo de documento:	CC:	X	Nit:		Número:	33.354.715																								
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros:	X	Número:	822777905	Banco:	AV VILLAS																								
ACTO ADMINISTRATIVO																															
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$ 10.000.000,00		Valor a Pagar:	\$ 2.500.000,00		Saldo 5.000.000																								
	Número:	CDC-087-2021		Fec. Suscripción:	07-jul-21																										
	N° CDP:	07-213		Fecha:	01-jul-21		Fecha de terminación: 06-nov-21																								
	N° RP:	08-216		Fecha:	07-jul-21		Duración: 4 Meses																								
	Rubro Presupuestal:	21010203		Periodo a pagar:	07/08/2021 al 06/09/2021																										
	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: <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Aportes a Salud</th> <th colspan="2">APORTE ARP</th> <th colspan="2">APORTE A PENSION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor pagado \$ 235000</td> <td>Periodo: Agosto</td> <td>Valor pagado 9.900</td> <td>Periodo: Agosto</td> <td>Valor Pagado \$ 300800</td> <td>Periodo: Agosto</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número: 9424358214</td> <td></td> <td>Comprobante de pago Número: 9424358214</td> <td></td> <td>Comprobante de pago Número: 9424358214</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago: 27 de septiembre de 2021</td> <td></td> <td>Fecha de pago: 27/09/2021</td> <td></td> <td>Fecha de pago: 27/09/2021</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Aportes a Salud		APORTE ARP		APORTE A PENSION		Valor pagado \$ 235000	Periodo: Agosto	Valor pagado 9.900	Periodo: Agosto	Valor Pagado \$ 300800	Periodo: Agosto	Comprobante de pago Número: 9424358214		Comprobante de pago Número: 9424358214		Comprobante de pago Número: 9424358214		Fecha de pago: 27 de septiembre de 2021		Fecha de pago: 27/09/2021		Fecha de pago: 27/09/2021	
	Aportes a Salud		APORTE ARP		APORTE A PENSION																										
	Valor pagado \$ 235000	Periodo: Agosto	Valor pagado 9.900	Periodo: Agosto	Valor Pagado \$ 300800	Periodo: Agosto																									
	Comprobante de pago Número: 9424358214		Comprobante de pago Número: 9424358214		Comprobante de pago Número: 9424358214																										
	Fecha de pago: 27 de septiembre de 2021		Fecha de pago: 27/09/2021		Fecha de pago: 27/09/2021																										
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																											