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

Dependencia:		Número de pago/ total de pagos:	4/4	Fecha:	

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

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 :	17/08/2021	Duración:	4 MESES
Rubro Presupuestal:	Gastos de Funcionamiento			Periodo a pagar:	17/11/2021 al 16/12/2021
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						
Número de Teléfono:			FAX:		CEL.	3022953193	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	x	Número	48462226643	Banco: BANCOLOMBIA

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	

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: X	NO:
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

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado $	Periodo	Valor pagado	
Comprobante de pago Número:		Fecha de pago:	
Fecha de pago:			

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

Valor pagado $	Periodo	Pensionado:	SI:
Comprobante de pago Número:	Fecha de pago:	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				

FIRMA CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA:

C.C.:

FADEL ALI SUAREZ

Sub. Dir Administrativo y Financiero

C.C.: