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

Dependencia: | Fecha: 28/2/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato: $25,000,000.00 | Valor a Pagar: $5,000,000.00

Número: 019 | Fec. Suscripción: Ene 21 2022 | Fecha de iniciación: Ene 28 2022 | Fecha de terminación: Jun 27 2022

N° CDP: 1 | Fecha: Ene 7 2022 | Duración: Meses: 5 | Días: 0

N° RP: 81 | Fecha: Ene 28 2022 | Periodo a pagar: Ene 28 2022 - Feb 27 2022

Rubro Presupuestal: SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS PARA LAS UNIDADES DE APOYO DE LOS CONCEJALES

Requiere Informe: Prorroga No.:

FORMA DE PAGO:

El valor del presente contrato corresponde a la suma de VEINTICINCO ($25.000.000.00) 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 Cinco (5) mensualidades vencidas por valor de CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000.00) contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Identificación: Tipo de documento: Cédula | X | Nit. | Número: 73200552-8 | DV.

Dirección: URBANIZACION EL CAMPESTRE MANZANA 49 LOTE 22 ETAPA 5

Número de Teléfono: 3012077296 | FAX: | CEL. 3012077296

Clase y número de cuenta: | Ahorros | X | **057000073809** | Banco: **Davivienda**

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: El valor total de a seguridad social del mes de enero de 2022 fue cancelada en dos (2) planillas las cuales relaciono a continuación y adjunto. Planilla No. 9431233606 Salud --> $204.600 Pensión --> $261.800 ARL --> $8.600. Planilla No. 9431464601 Salud --> $45.400 Pensión --> $58.200 ARL --> $1.900. HE CUMPLIDO CON LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado	$250,000.00	Valor pagado	$320,000.00
Periodo	ENERO	Periodo	ENERO
Comprobante de pago Número:	9431233606	Comprobante de pago Número:	9431233606
Fecha de pago:	Feb 23 2022	Fecha de pago:	Feb 23 2022

Aportes a ARL		NOTA:
Valor pagado	$10,500.00	
Periodo	ENERO	
Comprobante de pago Número:	9431233606	
Fecha de pago:	Feb 23 2022	

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: 9C6A34E7-7164-43FB-9204-6976CCAE200B

NOMBRE CONTRATISTA: IVAN ALBERTO BOLIVAR BENAVIDES

C.C.: 73200552-8

Firma Digital

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: WILSON TONCEL OCHOA

CARGO: CONCEJAL