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

Dependencia: | Fecha: 3/3/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$11,000,000.00			Valor a Pagar:	$2,200,000.00
Número:	099	Fec. Suscripción:	Ene 27 2022	Fecha de iniciación:	Ene 28 2022
				Fecha de terminación:	Jun 27 2022
N° CDP:	2	Fecha:	Ene 7 2022	Duración: Meses:	5 Días: 0
N° RP:	117	Fecha:	Ene 28 2022	Periodo a pagar:	Ene 28 2022 - Feb 27 2022

Rubro Presupuestal: SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS DE APOYO A LAS DEPENDENCIAS DEL CONCEJO

Requiere Informe: Prorroga No.:

FORMA DE PAGO:

El valor del presente contrato corresponde a la suma de ONCE MILLONES DE PESOS ($11.000.000.00) 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 DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($2.200.000.00) contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1047424125-4	DV.
Dirección:	BRR 20 DE JULIO CRA 58 7 DIAG 56							
Número de Teléfono:				FAX:		CEL.	3002010377	
Clase y número de cuenta:		Ahorros	X	78658053557		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: Ninguna

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado	$125,000.00	Periodo ENERO	Valor pagado	$160,000.00	Periodo ENERO
Comprobante de pago Número:	9431876502		Comprobante de pago Número:	9431876502	
Fecha de pago:	Mar 3 2022		Fecha de pago:	Mar 3 2022	
Aportes a ARL			**NOTA:**		
Valor pagado	$5,300.00	Periodo ENERO	A satisfacción		
Comprobante de pago Número:	9431876502				
Fecha de pago:	Mar 3 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: DBC1CC3C-ACCE-4F1B-A988-C63A7951D744

NOMBRE CONTRATISTA: JOSE ANTONIO LEACOTT MARTÍNEZ

C.C.: 1047424125-4

C22AEC9A-6494-45E6-AC8E-B9DFB21A1AA7

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: LAURA ESTHER VALDEZ BOHORQUEZ

CARGO: JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA