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

Dependencia: | Fecha: 27/3/2022

## 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: Feb 28 2022 - Mar 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 FEBRERO | Valor pagado $160,000.00 | Periodo FEBRERO |
| Comprobante de pago Número: | 9432561692 | Comprobante de pago Número: | 9432561692 |
| Fecha de pago: | Mar 3 2022 | Fecha de pago: | Mar 3 2022 |

| Aportes a ARL | | NOTA: |
|---|---|---|
| Valor pagado $5,300.00 | Periodo FEBRERO | A satisfacción. |
| Comprobante de pago Número: | 9432561692 | |
| 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:** B054FB48-7DB0-4C97-96A8-BB503BDF2ED5

**NOMBRE CONTRATISTA:** JOSE ANTONIO LEACOTT MARTÍNEZ

**C.C.:** 1047424125-4

Firma Digital

**FIRMA SUPERVISOR**

**NOMBRE SUPERVISOR:** LAURA ESTHER VALDEZ BOHORQUEZ

**CARGO:** JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA