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

Dependencia: | Fecha: 27/4/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$6,000,000.00			Valor a Pagar:	$1,500,000.00
Número:	111	Fec. Suscripción:	Ene 28 2022	Fecha de iniciación:	Ene 28 2022
				Fecha de terminación:	May 27 2022
N° CDP:	10	Fecha:	Ene 24 2022	Duración: Meses:	4 Días: 0
N° RP:	127	Fecha:	Ene 28 2022	Periodo a pagar:	Mar 28 2022 - Abr 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 DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000.00) Este valor comprende todos los gastos directos e indirectos, gravámenes, tributos y demás costoso 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 DOS (2) CUOTAS por valor de UN MILLON DE PESOS ($1.000.000.00) contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución. Los anteriores valores se pagarán previa entrega de los informes previstos por el CONCEJO DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIASc

Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	73119396-1	DV.
Dirección:	BRR EL SOCORRO PLAN 554 MZ 107 LT 1							
Número de Teléfono:	3003725337		FAX:			CEL.	3226221516	
Clase y número de cuenta:		Ahorros	**X**	**057070017496**		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: NINGUNA

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado	$125,000.00	Periodo ABRIL	Valor pagado	$160,000.00	Periodo ABRIL
Comprobante de pago Número:	4439913321		Comprobante de pago Número:	4439913321	
Fecha de pago:	Abr 26 2022		Fecha de pago:	Abr 26 2022	

Aportes a ARL			NOTA:
Valor pagado	$5,300.00	Periodo ABRIL	CANCELE A SATISFACCIÓN CON LA SEGURIDAD SOCIALES CORRESPONDIENTE AL MES DE ABRIL DEL PRESENTE AÑO Y CUMPLÍ CON TODAS MIS OBLIGACIONES ASIGNADAS
Comprobante de pago Número:	4439913321		
Fecha de pago:	Abr 26 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: AE537E4B-F49B-48AF-8CF7-F6E2059EB972

NOMBRE CONTRATISTA: JOSE ANTONIO AGUILAR NAVARRO

C.C.: 73119396-1

Firma Digital

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: ROSA AMELIA MACIAS SEGUANES

CARGO: JEFA DE PROTOCOLO