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

Dependencia: | Fecha: 28/4/2022

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:	Mar 28 2022 - Abr 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: HE CUMPLIDO CON LAS OBLIGACIONES PACTADAS.

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado	$250,000.00	Periodo MARZO	Valor pagado	$320,000.00	Periodo MARZO
Comprobante de pago Número:	9432836577		Comprobante de pago Número:	9432836577	
Fecha de pago:	Abr 28 2022		Fecha de pago:	Abr 28 2022	

Aportes a ARL			NOTA:
Valor pagado	$10,500.00	Periodo MARZO	
Comprobante de pago Número:	9432836577		
Fecha de pago:	Abr 28 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: E733743E-B3C8-437F-8ABB-2CFFBC537FEA

NOMBRE CONTRATISTA: IVAN ALBERTO BOLIVAR BENAVIDES

C.C.: 73200552-8

Firma Digital

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: WILSON TONCEL OCHOA

CARGO: CONCEJAL