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

Dependencia: | Fecha: 31/3/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato: $5,800,000.00 | Valor a Pagar: $2,900,000.00

Número: 140-2023 | Fec. Suscripción: Feb 23 2023 | Fecha de iniciación: Feb 23 2023 | Fecha de terminación: Abr 22 2023

N° CDP: 23 | Fecha: Feb 1 2023 | Duración: Meses: 2 | Días: 0

N° RP: 161 | Fecha: Feb 23 2023 | Periodo a pagar: Feb 23 2023 - Mar 22 2023

Rubro Presupuestal: OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P. AL CONCEJO

Requiere Informe: | Prorroga No.:

FORMA DE PAGO:

El valor del presente contrato corresponde a la suma de CINCO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($5.800.000) 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 DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000) vencidas conforme a la fecha de perfeccionamiento del contrato a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Identificación: | Tipo de documento: Cédula X | Nit. | Número: 73161033-9 | DV.

Dirección: PORTALES DE SAN FERNANDO

Número de Teléfono: . | FAX: | CEL. .

Clase y número de cuenta: | Ahorros **X** | **140659384** | 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: pago

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado $145,000.00	Periodo MARZO	Valor pagado $185,600.00	Periodo MARZO
Comprobante de pago Número:	9449178971	Comprobante de pago Número:	9449178971
Fecha de pago:	Mar 31 2023	Fecha de pago:	Mar 31 2023

Aportes a ARL		NOTA:
Valor pagado $6,100.00	Periodo MARZO	
Comprobante de pago Número:	9449178971	
Fecha de pago:	Mar 31 2023	

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: 56F57A77-C6FB-4CA1-89C3-5CC31461B489

NOMBRE CONTRATISTA: FAVIO ENRIQUE AHUMADA LICONA

C.C.: 73161033-9

E4258BC7-53DE-4F88-A7A1-7AF1C9C6F413

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: FELIPE SANTOS DIAZ

CARGO: DIRECTOR TÉCNICO COMUNAL