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

Dependencia: | Fecha: 12/4/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato: $9,600,000.00 | Valor a Pagar: $4,800,000.00

Número: 171-2023 | Fec. Suscripción: Mar 8 2023 | Fecha de iniciación: Mar 8 2023 | Fecha de terminación: May 7 2023

N° CDP: 27 | Fecha: Feb 16 2023 | Duración: | Meses: 2 | Días: 0

N° RP: 203 | Fecha: Mar 8 2023 | Periodo a pagar: Mar 8 2023 - Abr 7 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 NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($9.600.000.00) 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 DOS (2) CUOTAS vencidas por valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($4.800.000.00) 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 DEL CONTRATO.

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado	$240,000.00	Valor pagado	$307,200.00
Periodo	MARZO	Periodo	MARZO
Comprobante de pago Número:	9449400461	Comprobante de pago Número:	9449400461
Fecha de pago:	Abr 10 2023	Fecha de pago:	Abr 10 2023

Aportes a ARL	
Valor pagado	$10,100.00
Periodo	MARZO
Comprobante de pago Número:	9449400461
Fecha de pago:	Abr 10 2023

NOTA:

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: 928E126E-D7B7-468C-8032-3E6E61E7F3D7

NOMBRE CONTRATISTA: IVAN ALBERTO BOLIVAR BENAVIDES

C.C.: 73200552-8

97A55C50-4011-416B-92CA-399B38505652

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: PEDRO MIGUEL FUENTES LOURDUY

CARGO: JEFE DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO