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

Dependencia: | Fecha: 15/4/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$9,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00
Número:	122-2023	Fec. Suscripción:	Feb 16 2023	Fecha de iniciación:	Feb 16 2023
				Fecha de terminación:	May 15 2023
N° CDP:	23	Fecha:	Feb 1 2023	Duración: Meses:	3 Días: 0
N° RP:	145	Fecha:	Feb 16 2023	Periodo a pagar:	Mar 16 2023 - Abr 15 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 DE PESOS ($9.000.000,00) 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 3 cuotas vencidas por valor de TRES MILLONES DE PESOS MCTE ($3.000.000,00) contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1047475873-3	DV.
Dirección:	BRR PABLO VI SEGUNDO MZ 13 LT 1							
Número de Teléfono:	3046640707		FAX:			CEL.	3046640707	
Clase y número de cuenta:		Ahorros	X	24027706277		Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	

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: NA

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado	$187,400.00	Periodo MARZO	Valor pagado	$239,800.00	Periodo MARZO
Comprobante de pago Número:	9447830777		Comprobante de pago Número:	9447830777	
Fecha de pago:	Mar 28 2023		Fecha de pago:	Mar 28 2023	

Aportes a ARL			NOTA:
Valor pagado	$7,900.00	Periodo MARZO	NA
Comprobante de pago Número:	9447830777		
Fecha de pago:	Mar 28 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: D5C713A2-FBB6-4B56-A3E9-6B23716CFE6C

NOMBRE CONTRATISTA: DANIELA DIAZ MORELO

C.C.: 1047475873-3

2FDB9BBB-22F0-4712-83C7-196D6D143B75

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: FELIPE SANTOS DIAZ

CARGO: DIRECTOR TÉCNICO COMUNAL