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

Dependencia: | Fecha: 13/6/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$17,500,000.00			Valor a Pagar:	$3,500,000.00
Número:	210-2023	Fec. Suscripción:	May 5 2023	Fecha de iniciación:	May 5 2023
				Fecha de terminación:	Oct 4 2023
N° CDP:	48	Fecha:	Abr 18 2023	Duración: Meses:	5 Días: 0
N° RP:	280	Fecha:	May 5 2023	Periodo a pagar:	May 5 2023 - Jun 4 2023

Rubro Presupuestal: SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS DE APOYO A LA GESTION - CONCEJALES

Requiere Informe: Prorroga No.:

FORMA DE PAGO:

El valor del presente contrato corresponde a la suma de DIEZSISETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($17.500.000) 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 CINCO (05) cuotas por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($3.500.000.00) contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	9145306-4	DV.
Dirección:	BRR JUAN XIII SEGUNDA DE LA CANDELARIA							
Número de Teléfono:	30003456042			FAX:			CEL.	31944419793003456042
Clase y número de cuenta:		Ahorros	X	907142350		Banco:	Banco de Bogota	

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: CUMPLI CON TODAS LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado	$175,900.00	Periodo MAYO	Valor pagado	$225,100.00	Periodo MAYO
Comprobante de pago Número:	4502606526		Comprobante de pago Número:	4502606526	
Fecha de pago:	Jun 6 2023		Fecha de pago:	Jun 6 2023	

Aportes a ARL		
Valor pagado	$7,500.00	Periodo MAYO
Comprobante de pago Número:	4502606526	
Fecha de pago:	Jun 6 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: D95A3903-A8F6-468D-91EE-6B13DA4D008F

NOMBRE CONTRATISTA: RAFAEL GELIZ LLOREDA

C.C.: 9145306-4

27E682E0-CEDE-4FA6-833F-89FB92533647

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: HERNANDO PIÑA ELLES

CARGO: Sesión 2 de enero de 2020