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

Dependencia: | Fecha: 25/7/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$12,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00
Número:	432	Fec. Suscripción:	Jun 26 2023	Fecha de iniciación:	Jun 26 2023
				Fecha de terminación:	Oct 25 2023
N° CDP:	74	Fecha:	Jun 14 2023	Duración: Meses:	4 Días: 0
N° RP:	516	Fecha:	Jun 26 2023	Periodo a pagar:	Jun 26 2023 - Jul 25 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 DOCE MILLONES DE PESOS ($12.000.000.00) 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 CUATRO (4) CUOTAS por valor de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000.00). Los anteriores valores se pagarán previa entrega de los informes previstos por el CONCEJO DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS

Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1143350591-2	DV.
Dirección:	BRR EL BOSQUE TV 52 21 86							
Número de Teléfono:	3015680917		FAX:			CEL.	3015680917	
Clase y número de cuenta:		Ahorros	**X**	**49519712767**		Banco:	**BANCOLOMBIA**	

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: CANCELA MES DE JUNIO

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado	$150,000.00	Periodo JUNIO	Valor pagado	$192,000.00	Periodo JUNIO
Comprobante de pago Número:	9453151518		Comprobante de pago Número:	9453151518	
Fecha de pago:	Jul 17 2023		Fecha de pago:	Jul 17 2023	

Aportes a ARL			NOTA:
Valor pagado	$6,300.00	Periodo JUNIO	
Comprobante de pago Número:	9453151518		
Fecha de pago:	Jul 17 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: 89DC3975-5E9F-49B0-97C8-E833F4DAE025

NOMBRE CONTRATISTA: CARLOS ANDRES POSADA DIAZ

C.C.: 1143350591-2

C03EEE5F-5DE7-4FA0-B5EC-AC072E6243BD

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: JULIO CESAR MORELO NASSI

CARGO: SECRETARIO GENERAL