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

Dependencia:		Fecha:	22/9/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$16,000,000.00			Valor a Pagar:	$4,000,000.00
Número:	434	Fec. Suscripción:	Jun 23 2023	Fecha de iniciación:	Jun 23 2023
				Fecha de terminación:	Oct 22 2023
N° CDP:	74	Fecha:	Jun 14 2023	Duración: Meses:	4 Días: 0
N° RP:	510	Fecha:	Jun 23 2023	Periodo a pagar:	Ago 23 2023 - Sep 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 DIECISEIS MILLONES DE PESOS ($16.000.000.00) 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 CUATRO (4) MENSUALIDADES por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000.00).

Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1143344013-2	DV.	
Dirección:	BRR OLAYA HERRERA SECT ONCE DE NOVIEMBRE CL 31D 55 45								
Número de Teléfono:	3016312204			FAX:			CEL.	3016312204	
Clase y número de cuenta:		Ahorros	**X**	**488439446102**		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: N/A

Persona Natural:

Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
Valor pagado	$235,400.00	Periodo	AGOSTO	Valor pagado	$301,300.00	Periodo	AGOSTO
Comprobante de pago Número:		7893466209		Comprobante de pago Número:		7893466209	
Fecha de pago:		Sep 19 2023		Fecha de pago:		Sep 19 2023	

Aportes a ARL				NOTA:
Valor pagado	$9,900.00	Periodo	AGOSTO	N/A
Comprobante de pago Número:		7893466209		
Fecha de pago:		Sep 19 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: 62C3CB98-7E63-4F8F-94C7-A9A7B556A9B7

NOMBRE CONTRATISTA: FRANCISCO ANTONIO TORRES LOPEZ

C.C.: 1143344013-2

5AE92C25-561B-461C-A58C-9F38AC917E37

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: ADRIANA PATRICIA HERNANDEZ ALEAN

CARGO: JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA