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

Dependencia: | Fecha: 27/11/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato: $17,500,000.00 | Valor a Pagar: $2,500,000.00

Número: 211-2023 ADI211-2023 | Fec. Suscripción: Abr 28 2023 | Fecha de iniciación: Abr 28 2023 | Fecha de terminación: Nov 27 2023

N° CDP: 48 - 48 | Fecha: Abr 18 2023 - Abr 18 2023 | Duración: | Meses: 6 | Días: 0

N° RP: 271 - 662 | Fecha: Abr 28 2023 - Sep 25 2023 | Periodo a pagar: Oct 28 2023 - Nov 27 2023

Rubro Presupuestal: SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS DE APOYO A LA GESTION - CONCEJALES - 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 DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($12.500.000.00) 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 CINCO (05) mensualidades vencidas por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($2.500.000.00) contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución. 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: 1047378278-5 | DV.

Dirección: BRR TORICES CL 41 13A 18

Número de Teléfono: 6660184 | FAX: | CEL. 3004115479

Clase y número de cuenta: | Ahorros **X** | **56270195425** | 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: CUMPLI CON TODAS LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

Persona Natural:

Aportes a Salud

Valor pagado $150,000.00 | Periodo OCTUBRE

Comprobante de pago Número: 9440278850

Fecha de pago: Nov 21 2023

Aportes a Pensión

Valor pagado $192,000.00 | Periodo OCTUBRE

Comprobante de pago Número: 9440278850

Fecha de pago: Nov 21 2023

Aportes a ARL

Valor pagado $6,300.00 | Periodo OCTUBRE

Comprobante de pago Número: 9440278850

Fecha de pago: Nov 21 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: C72719BB-5C7B-4720-A523-D563A8486460

NOMBRE CONTRATISTA: LILIBETH AMELIA SILVA DIAZ

C.C.: 1047378278-5

D2BC6975-E107-47A4-86DC-C85E1B497E0C

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: HERNANDO PIÑA ELLES

CARGO: Sesión 2 de enero de 2020