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

Dependencia: | Fecha: 31/7/2024

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato: $12,000,000.00 | Valor a Pagar: $4,000,000.00

Número: 384 | Fec. Suscripción: Jul 30 2024 | Fecha de iniciación: Jul 30 2024 | Fecha de terminación: Oct 1 2024

N° CDP: 86, 90 | Fecha: Jun 24 2024, Jul 16 2024 | Duración: | Meses: 4 | Días: 0

N° RP: 577 | Fecha: Jul 30 2024 | Periodo a pagar: Jul 30 2024 - Jul 31 2024

Rubro Presupuestal: OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P.

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) El 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 TRES (3) CUOTAS por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000), la primera cuota se pagará el día 1 agosto de 2024 y las demas el primer dia de cada mes.

Identificación: | Tipo de documento: Cédula | X | Nit. | Número: 1140867052-3 | DV.

Dirección: CALLE 99 48-19

Número de Teléfono: 3577455 | FAX: | CEL. 3234565424

Clase y número de cuenta: | Ahorros | **X** | **57070050042** | 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: .

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado	$200,000.00	Valor pagado	$256,000.00
Periodo	JULIO	Periodo	JULIO
Comprobante de pago Número:	9469818439	Comprobante de pago Número:	9469818439
Fecha de pago:	Jul 31 2024	Fecha de pago:	Jul 31 2024

Aportes a ARL	
Valor pagado	$8,400.00
Periodo	JULIO
Comprobante de pago Número:	9469818439
Fecha de pago:	Jul 31 2024

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: 3FED20D3-46D2-4671-BC7F-20DD5CCAB202

NOMBRE CONTRATISTA: NATALIA ANDREA HERNANDEZ MALDONADO

C.C.: 1140867052-3

CBE78DC6-5145-4408-9D48-156514ADCDEA

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: PEDRO MIGUEL FUENTES LOURDUY

CARGO: JEFE DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO