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

Dependencia: | Fecha: 29/8/2024

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato: $15,000,000.00 | Valor a Pagar: $5,000,000.00

Número: 378 | Fec. Suscripción: Jul 24 2024 | Fecha de iniciación: Jul 30 2024 | Fecha de terminación: Oct 29 2024

N° CDP: 90 | Fecha: Jul 16 2024 | Duración: | Meses: 3 | Días: 0

N° RP: 575 | Fecha: Jul 30 2024 | Periodo a pagar: Jul 30 2024 - Ago 29 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 QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000.00) 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 TRES (3) CUOTAS por valor de CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000.00) contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	32936932-3	DV.	
Dirección:	PRADO VERDE CASA 117 CEIBA								
Número de Teléfono:	3202650637	FAX:				CEL.	3202650637		
Clase y número de cuenta:		Ahorros	X	78649621640		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: PRIMERA CUENTA PERIODO DEL 30 DE JULIO AL 29 DE AGOSTO

Persona Natural:

Aportes a Salud

Valor pagado $350,000.00 | Periodo JULIO

Comprobante de pago Número: 9470057265

Fecha de pago: Jul 19 2024

Aportes a Pensión

Valor pagado $448,000.00 | Periodo JULIO

Comprobante de pago Número: 9470057265

Fecha de pago: Jul 19 2024

Aportes a ARL

Valor pagado $14,700.00 | Periodo JULIO

Comprobante de pago Número: 9470057265

Fecha de pago: Jul 19 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: 5DEACA4C-3009-43AA-B966-72286428938F

NOMBRE CONTRATISTA: KAREN MARGARITA FERNANDEZ NIEBLES

C.C.: 32936932-3

83805191-A95E-46AF-8580-1933306F8398

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: FARLEY INES TURIZO DIAZ

CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO