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

Dependencia: | Fecha: 7/8/2024

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato: $6,000,000.00 | Valor a Pagar: $2,000,000.00

Número: 307 | Fec. Suscripción: Jun 26 2024 | Fecha de iniciación: Jul 8 2024 | Fecha de terminación: Oct 7 2024

N° CDP: 74 | Fecha: Jun 4 2024 | Duración: | Meses: 3 | Días: 0

N° RP: 499 | Fecha: Jul 8 2024 | Periodo a pagar: Jul 8 2024 - Ago 7 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 SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000) 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) MENSUALIDADES por valor de DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000) 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: 45547090-5 | DV.

Dirección:

Número de Teléfono: 0 0 | FAX: | CEL. 0

Clase y número de cuenta: | Ahorros X | Banco: .

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

Valor pagado $162,500.00 | Periodo JUNIO

Comprobante de pago Número: 1065571032

Fecha de pago: Ago 6 2024

Aportes a Pensión

Valor pagado $208,000.00 | Periodo JUNIO

Comprobante de pago Número: 1065571032

Fecha de pago: Ago 6 2024

Aportes a ARL

Valor pagado $6,800.00 | Periodo JUNIO

Comprobante de pago Número: 1065571032

Fecha de pago: Ago 6 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: 8BE18F34-7215-493B-8C07-B942B8884080

NOMBRE CONTRATISTA: YESENIA BELLO MERCADO

C.C.: 45547090-5

1BAD0342-4039-4443-9E21-AF08F1129596

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: KARINA DEL CARMEN BONILLA BALDIRIS

CARGO: DIRECTOR COMUNAL