CONTRALORIA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS

FORMATO DE SUPERVISION y /o INTERVENTORIA DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS
DIRECCION ADMINSTRATIVA Y FIANANCIERA DAF

CODIGO: H05-GRF-F10	
FECHA: 23 Octubre 2012	
VERSION:0.2	
PAGINA: 1 de 1	

Dependencia:	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Número de pago/ total de pagos:	2/4	Fecha:	14/04/2020

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	MARIA FERNANDA CHARRY SAMPAYO										
Identificación:	Tipo de documento:	CC.	X	Nit.		Número:	33.354.715	DV.			
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	x	Número	570056670189325	Banco:	DAVIVIENDA			

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$ 9.000.000,00			Valor a Pagar:	$ 3.000.000,00	Saldo	6.000.000
Número:	028	Fec.Suscripci	10-mar-20				
N° CDP:	07-38	Fecha :	26-feb-20	Fecha de terminación:	09/06/2020		
N° RP:	08-87	Fecha :	10-mar-20	Duración:	3 Meses		
Rubro Presupuestal:	honorarios profesionales		21010203	Periodo a pagar:	10-mar-20 al 09-abril-20		
Requiere Informe:	SI:	X	NO:	Suspensión No.:		En tiempo:	
Entregó Informe:	SI:	X	NO:	Prorroga: No.:		En tiempo:	

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DIRIGIDAS AL APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO JURIDICO Y LEGAL QUE REQUIERA LA DIRECCIÓN ADMNISTRATIVA Y FINANCERA DE LA CONTRALORIA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS.

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	x	Persona Jurídica:	
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	
	IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro	
	IVA Régimen Simplificado:			
	He verificado de esta información frente al RUT :		SI:	NO:

INFORME DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

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:	SI:	x	NO:	
Observaciones del Interventor a las actividades ejecutadas:				

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud	APORTE ARP	APORTE A PENSION
Valor pagado $ 235.000 Periodo: Marzo	Valor pagado 9.900 marzo	Valor Pagado $300800 Periodo: marzo
Comprobante de pago Núm 9405105512	Comprobante de pago Número: 9405105512	Comprobante de pago Número: 9405105512
Fecha de pago: _2020/04/30	Fecha de pa 30/04/2020	Fecha de pago: 2020/04/30

Pensionado:	SI:		NO:	
Certificación:	SI:		NO:	
Persona Jurídica:	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:		SI:	NO:

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales, conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

Anexos:	Copia de aporte a pensión	SI:	x	NO:	Cuenta de Cobro	SI: x	NO:
	Copia de aporte a salud	SI:	x	NO:			
	Copia aporte ARL	SI:	x	NO:			

FIRMA CONTRATISTA
NOMBRE CONTRATISTA: MARIA FERNANDA CHARRY SAMPAYO
C.C.: 33.354.715 DE MAGANGUE

FIRMA INTERVENTOR
NOMBRE INTERVENTOR: MIGUEL TORRES MARRUGO
C.C.: 73.077.197
CARGO: Director Administrativo y Financiero