

FORMATO DE SUPERVISION y lo INTERVENTORIA DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 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
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
	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-abril-20 al 09-mayo-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 ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 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
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI:	X
	Observaciones del Interventor a las actividades ejecutadas:	NO:	

APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:		
	Aportes a Salud	APORTE ARP	APORTE A PENSION
	Valor pagado \$ 235.000	Valor pagado 9.900	Valor Pagado \$300800
	Periodo: Abril	Periodo: Abril	Periodo: Abril
	Comprobante de pago Núm: 9406320927	Comprobante de pago Número: 9406320927	Comprobante de pago Número: 9406320927
	Fecha de pago: 2020/05/22	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 Cobre	SI:	X	NO:	
	Copia de aporte a salud	SI:	X	NO:						
	Copia aporte ARL	SI:	X	NO:						

FIRMA CONTRATISTA	FIRMA INTERVENTOR
NOMBRE CONTRATISTA: MARIA FERNANDA CHARRY SAMPAYO	NOMBRE INTERVENTOR: MIGUEL TORRES MARRUGO
C.C.: 33.354.715 DE MAGANGUE	C.C.: 73.077.197
	CARGO: Director Administrativo y Financiero