

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	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	0		
	Número:	028	Fec.Suscripci	10-mar-20	Fecha de terminación:	09/06/2020				
	N° CDP:	07-38	Fecha :	26-feb-20	Duración:	3 Meses				
	N° RP:	08-87	Fecha :	10-mar-20	Periodo a pagar:	10-Mayo-20 al 09-Junio-20				
	Rubro Presupuestal:	honorarios profesionales		21010203	Suspensión No.:	En tiempo:				
	Requiere Informe:	SI:	X	NO:						
	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		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: Abril					Valor pagado 9.900 Abril					Valor Pagado \$300800 Periodo: Abril									
	Comprobante de pago Núm: 9407083998					Comprobante de pago Número: 9407083998					Comprobante de pago Número: 9407083998									
	Fecha de pago: 2020/06/08					Fecha de pa: 08/06/2020					Fecha de pago: 2020/06/08									
	Pensionado: SI: NO:					Certificación: SI: NO:														
SOLICITUD DE PAGO	Persona Jurídica:										Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:									
	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	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	