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

Dependencia:		Fecha:	5/4/2025

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$9,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00		
Número:	226	Fec. Suscripción:	Mar 5 2025	Fecha de iniciación:	Mar 6 2025	Fecha de terminación:	Jun 5 2025
N° CDP:	29	Fecha:	Feb 7 2025	Duración:	Meses: 3	Días:	0
N° RP:	269	Fecha:	Mar 6 2025	Periodo a pagar:	Mar 6 2025 - Abr 5 2025		

Rubro Presupuestal: OTROS SERVICIOS PROFESIONALES TÉCNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P.

Requiere Informe: Prorroga No.:

FORMA DE PAGO:

El valor del presente contrato corresponde a la suma de NUEVE MILLLONES DE PESOS ($9.000.000.00) Este valor comprende todos los gastos directos e indirectos, gravámenes, tributos y demás costoso 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 una TRES (3) CUOTAS por valor de TRES MILLONES PESOS ($3.000.000.00) contadas a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	45547227-7	DV.	
Dirección:									
Número de Teléfono:	·	.		FAX:			CEL.	3003973455	
Clase y número de cuenta:		Ahorros	X	17552323904		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: Se cumplieron contodas las obligaciones del contrato

Persona Natural:

Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
Valor pagado	$178,000.00	Periodo	MARZO	Valor pagado	$227,800.00	Periodo	MARZO
Comprobante de pago Número:			9483758097	Comprobante de pago Número:			9483758097
Fecha de pago:			Mar 31 2025	Fecha de pago:			Mar 31 2025

Aportes a ARL				NOTA:
Valor pagado	$7,500.00	Periodo	MARZO	
Comprobante de pago Número:			9483758097	
Fecha de pago:			Mar 31 2025	

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: 8188BB0E-2F8B-4105-A1B4-F98C9FBF8103

NOMBRE CONTRATISTA: MALKA IRINA DE ARCO GUERRERO

C.C.: 45547227-7

47BFAE1F-645E-4646-84F3-0323509B1707

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: CARLOS TRESPALACIOS FIGUEROA

CARGO: DIRECTOR FINANCIERO