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:		**Número de pago/ total de pagos:**	7/8	**Fecha:**	**14/09/2020**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	JENNIFER TATIANA SALGUEDO MONTT								
Identificación:	Tipo de documento:	CC.	X	Nit.		Número:	1.047.460.236	DV.	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	24050367494	Banco:	CAJA SOCIAL	

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	19.200.00			Valor a Pagar:	$2.400.000.oo	Saldo	2.400.000
Número:	001-2020	Fec.Suscripci	4-feb-20				
N° CDP:	07-1	Fecha :	3-ene-20	Fecha de terminación:	03 de octubre 2020		
N° RP:	08-22	Fecha :	30-nov-19	Duración:	8	Meses	
Rubro Presupuestal:	21010203			Periodo a pagar:	04/08/2020 al 03/09/2020		
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 DIRIGISDOS AL APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO JURÍDICO Y LEGAL EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS QUE MANEJA LA CONTRALORÍA 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: X	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 $ 120.000 Periodo: agosto	Valor pagado 5.100 Periodo: agosto	Valor Pagado $ 153.600 Periodo: agosto
Comprobante de pago Número: 9408754710	Comprobante de pago Número: 9408754710	Comprobante de pago Número: 9408754710
Fecha de pago: 11 de agosto de 2020	Fecha de pa 11/08/2020	Fecha de pago: 11/08/2020

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 riezgos 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:	NO:
	Copia de aporte a salud	SI: x	NO:			
	Copia aporte ARL	SI: x	NO:			

FIRMA CONTRATISTA
NOMBRE CONTRATISTA: JENNIFER TATIANA SALGUEDO MONTT
C.C.: 1.047.460.236

FIRMA INTERVENTOR
NOMBRE INTERVENTOR: KAREN PAOLA PUELLO DELGADO
C.C.: 45.554.347
CARGO: DIRECTORA TECNICA DE AUDITORIA FISCAL