CONTRALORIA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS

FORMATO DE SUPERVISIÓN y/o INTERVENTORIA DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DAF

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

Dependencia:	OFICINA ASESORA DE JURIDICA	Número de pago/ total de pagos:	2/2	Fecha:	4/06/2020

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	SERVISUMA S.A.S										
Identificación:	Tipo de documento:		CC.		Nit.	X	Número:	900.947.918	DV.	5	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	58000038065	Banco:	Davivienda			

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$ 8.824.255,00		Valor a Pagar:	$ 2.206.064,00	Saldo $0
Número:	033-2020	Fec.Suscripci	4-jun-20		
N° CDP:	95	Fecha :	18-may-20	Fecha de terminación:	7 de agosto de 2020
N° RP:	08-126	Fecha :	8-jun-20	Duración:	2 Meses
Rubro Presupuestal:	21020101			Periodo a pagar:	2
Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:	En tiempo:
Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:	En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: contratar la prestacion de servicios para la desinfeccion de la sede de la Contraloria Distrital de Cartagena de Inidias para mitigar los efectos de la pandemia COVID-19 vigencia 2020

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"

Persona Natural:		Persona Jurídica:	x
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 ARL	APORTE A PENSION
Valor pagado $ Periodo: agosto	Valor pagado $ Periodo: agosto	Valor Pagado $ Periodo: agosto
Comprobante de pago Número: 9410408359	Comprobante de pago Número: 9410408359	Comprobante de pago Número: 9410408359
Fecha de pago: 2020/09/05	Fecha de pago: 5/09/2020	Fecha de pago: 2020/09/05

Pensionado: SI: NO: x
Certificación: SI: NO:

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

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

FIRMA CONTRATISTA
NOMBRE CONTRATISTA: VIVIANA NOVOA VASQUEZ (REP. LEGAL SERVISUMA S.A.S)
NIT:. 900947918-5

FIRMA INTERVENTOR
NOMBRE INTERVENTOR: MIGUEL TORRE MARRUGO
C.C.: 73.077.754
CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO