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:**	8/8	**Fecha:**	**07/10/2020**

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	0
Número:	001-2020	Fec.Suscripci	04-feb-20				
N° CDP:	07-1	Fecha :	03-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:	04/09/2020 al 03/10/2020		
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: septiembre	Valor pagado 5.100 Periodo:__septiembre_	Valor Pagado $ ___153.600_____eriodo: septiembre
Comprobante de pago Número:___9409816541_____	Comprobante de pago Número: 9409816541	Comprobante de pago Número: _____9409816541_____
Fecha de pago: _____ 9 de septiembre de 2020	Fecha de pa(09/09/2020	Fecha de pago: ____09/09/2020__

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**