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: 19 OCTUBRE
VERSION:0.2
PAGINA: 1 de 1

Dependencia:		Número de pago/ total de pagos:	4 de 4	Fecha:	12 DE junio 2020

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	VICTOR RAUL MENDEZ GALVIS										
Identificación:	Tipo de documento:	CC.	X	Nit.		Número:	1.128.048.100	DV.			
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número: 0570057770014355		Banco:	DAVIVIENDA			

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$ 9.600.000,00		Valor a Pagar:	$ 2.400.000,00	Saldo $. 0
Número:	CDC-039-2020	Fec.Suscripci 11/06/2020			
N° CDP:	07-107	Fecha : 05-jun-20	Fecha de terminación:	11-oct-20	
N° RP:	08-131	Fecha : 12 de junio 2020	Duración:	4 Meses	
Rubro Presupuestal:			Periodo a pagar:	AGOSTO	
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 DIRIGIDOS AL APOYO, ASESORÍA, Y ACOMPAÑAMIENTO LEGAL Y JURÍDICO EN LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA QUE PRACTIQUE LA CONTRALORÍA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS.

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"

Persona Natural:	X	Persona Jurídica:	
Gran Contribuyente:	X	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: 3
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 153.600 Periodo: AGOST	Valor Pagado $ 5.100 Periodo: AGOSTO
Comprobante de pago Número: 9409600657	Comprobante de pago Número: 9409600657	Comprobante de pago Número: 9409600657
Fecha de pago: 21 de octubre de 2020	Fecha de pa 21 DE octubre DE 2020	Fecha de pa 21de octubre de 2020

Pensionado: SI: NO: X
Certificación: SI: X 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: X	NO:
Copia de aporte a salud	SI: x	NO:			
Copia aporte ARL	SI: x	NO:			

FIRMA CONTRATISTA
NOMBRE CONTRATISTA: VICTOR RAUL MENDEZ GALVIS
C.C.: 1.128.048.100

FIRMA INTERVENTOR
NOMBRE INTERVENTOR: Karen Paola Puello Delgado
C.C.: 45554347
CARGO: DIRECTORA TÉCNICA DE AUDITORIA FISCAL