	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	SECRETARIA DE HABITAT	Fecha:	14/5/2021

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$18,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00
Número:	1093	Fec. Suscripción:	Abr 15 2021	Fecha de iniciación:	Abr 15 2021
N° CDP:	266	Fecha:	Mar 18 2021	Fecha de terminación:	Oct 14 2021
N° RP:	1708	Fecha:	Abr 15 2021	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Abr 15 2021 - May 14 2021
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de Servicios Profesionales para el desarrollo de las actividades propias de la secretaria de Hábitat

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de DIECIOCHO MILLONES DE PESOS MCTE ($18,000,000.00) ; los cuales serán cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; EL DEPARTAMENTO realizará el pago del valor del contrato en cuotas parciales mensuales de TRES MILLONES DE PESOS MCTE ($3,000,000.00), que se tramitarán mes vencido contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución dentro de los 5 días siguientes a la radicación de la cuenta de cobro o factura. El contratista deberá presentar: informe de actividades, recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato y acreditar el cumplimiento de las obligaciones según lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 sobre el pago de las obligaciones de seguridad social Integral (Salud, Pensión y ARL), además de ello el cargue de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y la aprobación de la misma por parte del supervisor. PARÁGRAFO: El contratista podrá recibir recursos por concepto de gastos de viaje y tiquetes aéreos, para que se traslade fuera de la ciudad en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual y debidamente autorizadas, previa solicitud del supervisor del contrato. Para efectos del reconocimiento y pago de los tiquetes aéreos y gastos de viaje, se tomará el valor mensual del contrato como base de liquidación de los mismos, de acuerdo con la escala vigente aplicable a la Gobernación de Bolívar.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**SAMIR MONTERROSA MORENO**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1047478279	DV.	
Dirección:	.								
Número de Teléfono:	0		FAX:			CEL.	3215992401		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**17500024283**	Banco:	**BANCOLOMBIA**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	x	Persona Jurídica:		Regimen: **REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION**
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:		
	He verificado de esta información frente al RUT:			SI: x	NO:

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: **SI** Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: **SI** Fecha: May 14 2021

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: Se cumplio acabalidad del contrato

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$80,000.00	Periodo	ABRIL	Valor pagado	$102,400.00	Periodo	ABRIL
Comprobante de pago Número:		9419502203		Comprobante de pago Número:		9419502203	
Fecha de pago:		May 3 2021		Fecha de pago:		May 3 2021	

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$44,600.00	Periodo	ABRIL	Se Cumplio acabalidad del contrato
Comprobante de pago Número:		9419502203		
Fecha de pago:		May 3 2021		

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

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, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

APLICACION RETENCION

Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, "Que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos".

Anexos: Copia de aporte de pensión **SI** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro **SI**

FIRMA CONTRATISTA: 86373277-9E23-4D8D-A1D7-197A18E1F188

NOMBRE CONTRATISTA: SAMIR MONTERROSA MORENO

C.C.: 1047478279

B814B789-2E2B-449B-8DEC-AABDB557050F

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: JORGE VALLE RODRIGUEZ

CARGO: SECRETARIO DE HABITAT