

		FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018																																																			
Dependencia:		SECRETARIA DE HACIENDA				Fecha: 6/7/2021																																																			
ACTO ADMINISTRATIVO																																																									
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:		\$21,000,000.00		Valor a Pagar:		\$3,500,000.00																																																		
	Número:	818	Fec. Suscripción:	Mar 30 2021	Fecha de iniciación:	Abr 1 2021																																																			
	N° CDP:	219	Fecha:	Mar 11 2021	Fecha de terminación:	Sep 30 2021																																																			
	N° RP:	1313	Fecha:	Mar 30 2021	Duración:	Meses 6	Días 0																																																		
	Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Jun 1 2021 - Jun 30 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 Dirección del fondo Territorial de Pensiones de la Secretaría de Hacienda de la Gobernación de Bolívar.																																																							
FORMA DE PAGO:		El valor total estimado del contrato es la suma de VEINTIUN MILLONES DE PESOS MCTE (\$21,000,000.00) ; 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 QUINIENTOS MIL PESOS MCTE (\$3,500,000.00), 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 cargo 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:		ARLING SHAREE CONSUEGRA KUNZEL																																																							
Identificación:		Tipo de documento: Cédula		X	Nit:	Número: 1140826802	DV:																																																		
Dirección:		CL 71 67 122																																																							
Número de Teléfono:		0		FAX:	CEL:	3015319478																																																			
Clase y número de cuenta:		Corriente:	Ahorros:	X	Número: 48700032585	Banco:	BANCOLOMBIA																																																		
ASPECTOS TRIBUTARIOS		Marque con "X" Persona Natural: <u>X</u> Persona Jurídica: <u> </u> Regimen: REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION Gran Contribuyente: <u> </u> Autoretenedor: <u> </u> He verificado de esta información frente al RUT: <u> </u> SI: <u>X</u> NO: <u> </u>																																																							
INFORME DEL SUPERVISOR																																																									
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD		El contratista presentó el informe correspondiente: SI: <u>X</u> NO: <u> </u> # de folios: <u> </u> El informe cumple con lo estipulado en el contrato: <u>SI</u> Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: <u>SI</u> Fecha: <u>Jul 6 2021</u> Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: OK																																																							
APORTES SEGURIDAD SOCIAL		Persona Natural: <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Aportes a Salud</th> <th colspan="3">Aportes a Pensión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$175,000.00</td> <td>Periodo</td> <td>MAYO</td> <td>Valor pagado</td> <td>\$224,000.00</td> <td>Periodo</td> <td>MAYO</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="2">8419893019</td> <td></td> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="2">8419893019</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="2">Jun 8 2021</td> <td></td> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="2">Jun 8 2021</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="3">Aportes a ARL</th> <th colspan="4">NOTA:</th> </tr> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$7,400.00</td> <td>Periodo</td> <td>MAYO</td> <td colspan="3" rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="2">8419893019</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="2">Jun 8 2021</td> </tr> </tbody> </table> Persona Jurídica: <u> </u> Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: <u> </u> NO: <u> </u>						Aportes a Salud			Aportes a Pensión			Valor pagado	\$175,000.00	Periodo	MAYO	Valor pagado	\$224,000.00	Periodo	MAYO	Comprobante de pago Número:	8419893019			Comprobante de pago Número:	8419893019			Fecha de pago:	Jun 8 2021			Fecha de pago:	Jun 8 2021			Aportes a ARL			NOTA:				Valor pagado	\$7,400.00	Periodo	MAYO				Comprobante de pago Número:	8419893019		Fecha de pago:	Jun 8 2021	
Aportes a Salud			Aportes a Pensión																																																						
Valor pagado	\$175,000.00	Periodo	MAYO	Valor pagado	\$224,000.00	Periodo	MAYO																																																		
Comprobante de pago Número:	8419893019			Comprobante de pago Número:	8419893019																																																				
Fecha de pago:	Jun 8 2021			Fecha de pago:	Jun 8 2021																																																				
Aportes a ARL			NOTA:																																																						
Valor pagado	\$7,400.00	Periodo	MAYO																																																						
Comprobante de pago Número:	8419893019																																																								
Fecha de pago:	Jun 8 2021																																																								
SOLICITUD DE PAGO		Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el 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: 10DAC300-6D83-4188-9DAC-7E6102AA7718

NOMBRE CONTRATISTA: ARLING SHAREE CONSUEGRA KUNZEL

C.C.: 1140826802



B72C954B-84F6-4D5E-8758-1464A6641499

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: VICTOR MANUEL GARCIA FERRER

CARGO: DIRECTOR FONDO TERRITORIAL DE PENSIONES

