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

Dependencia:	SECRETARIA DE MUJER PARA LA EQUIDAD DE GENERO Y ASUNTOS SOCIALES	Fecha:	21/7/2021

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$14,800,000.00			Valor a Pagar:	$3,700,000.00
Número:	1627	Fec. Suscripción:	Jun 17 2021	Fecha de iniciación:	Jun 17 2021
N° CDP:	380	Fecha:	Abr 6 2021	Fecha de terminación:	Oct 16 2021
N° RP:	3007	Fecha:	Jun 17 2021	Duración:	Meses 4 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA			Periodo a pagar:	Jun 17 2021 - Jul 16 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 del proyecto denominado “IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR” de la SECRETARIA DE MUJER PARA LA EQUIDAD DE GÉNERO Y ASUNTOS SOCIALES.

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE ($14,800,000.00) ; 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 SETECIENTOS MIL PESOS MCTE ($3.700,000.00), 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:	**AURA MARIA AHUMADA BARRIOS**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1140855173	DV.	
Dirección:	ALAMEDA DE CAMPESTRE								
Número de Teléfono:	0			FAX:			CEL.	3013395142	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**O**	Banco:	**N.A.**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	**x**	Persona Jurídica:		Regimen: **RESPONSABLE DE IVA**
	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:	Jul 21 2021

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: .

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$185,000.00	Periodo	JUNIO	Valor pagado	$236,800.00	Periodo	JUNIO
Comprobante de pago Número:	9422315125			Comprobante de pago Número:	9422315125		
Fecha de pago:	Jul 21 2021			Fecha de pago:	Jul 21 2021		
Aportes a ARL				**NOTA:**			
Valor pagado	$7,800.00	Periodo	JUNIO	.			
Comprobante de pago Número:	9422315125						
Fecha de pago:	Jul 21 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: 571304BD-270D-4E0B-B9F8-D197F99B2C7A

NOMBRE CONTRATISTA: AURA MARIA AHUMADA BARRIOS

C.C.: 1140855173

FIRMA SUPERVISOR BE54798D-6082-4E08-9C93-D1AF8153C926

NOMBRE SUPERVISOR: SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ

CARGO: SECRETARIA DE MUJER PARA LA EQUIDAD DE GENERO Y ASUNTOS SOCIALES