	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:	11/2/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$18,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00
Número:	0368	Fec. Suscripción:	Ene 12 2022	Fecha de iniciación:	Ene 12 2022
N° CDP:	1	Fecha:	Ene 3 2022	Fecha de terminación:	Jul 11 2022
N° RP:	402	Fecha:	Ene 12 2022	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Ene 12 2022 - Feb 11 2022
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 Secretaria de Hacienda.

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.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**VICTOR RAUL MENDEZ GALVIS**								
Identificación:	Tipo de documento: Cédula	X	Nit.		Número:	1128048100		DV.	
Dirección:	BR LOS ALPES TV 72 31 D 30								
Número de Teléfono:	6512580		FAX:			CEL.	3014829754		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**0570057770014355**	Banco:	**Davivienda**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X" — Persona Natural: **x** — Persona Jurídica: — Regimen: **NO 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: Feb 11 2022

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: no hay observaciones

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$150,000.00	Periodo	ENERO	Valor pagado	$192,000.00	Periodo	ENERO
Comprobante de pago Número:		9429728400		Comprobante de pago Número:		9429728400	
Fecha de pago:		Feb 9 2022		Fecha de pago:		Feb 9 2022	
Aportes a ARL				**NOTA:**			
Valor pagado	$6,300.00	Periodo	ENERO				
Comprobante de pago Número:		9429728400					
Fecha de pago:		Feb 9 2022					

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: 2688776F-FD17-430B-931F-BF11F1AEE68C

NOMBRE CONTRATISTA: VICTOR RAUL MENDEZ GALVIS

C.C.: 1128048100

FIRMA SUPERVISOR BD7A2568-09A0-4CAF-9834-F38F58A2FE32

NOMBRE SUPERVISOR: VICTOR MANUEL GARCIA FERRER

CARGO: DIRECTOR FONDO TERRITORIAL DE PENSIONES