

		FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018																																	
Dependencia:		SECRETARIA DE MINAS Y ENERGÍA				Fecha: 27/3/2022																																	
ACTO ADMINISTRATIVO																																							
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:		\$44,000,000.00		Valor a Pagar:		\$4,000,000.00																																
	Número:	1411	Fec. Suscripción:	Ene 23 2022	Fecha de iniciación:	Ene 28 2022																																	
	N° CDP:	34	Fecha:	Ene 17 2022	Fecha de terminación:	Dic 27 2022																																	
	N° RP:	1768	Fecha:	Ene 28 2022	Duración:	Meses 11	Días 0																																
	Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - ASISTENCIA PROFESIONAL, TÉCNICA, TECNOLÓGICA Y EN SALUD A MINEROS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR				Periodo a pagar: Feb 28 2022 - Mar 27 2022																																	
	Requiere Informe:	SI	Entregó Informe:	SI	Suspensión No.:	En tiempo:	Prorroga No.:	En tiempo:																															
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestación de servicios profesionales para la ejecución del proyecto "ASISTENCIA PROFESIONAL, TÉCNICA, TECNOLÓGICA Y EN SALUD A MINEROS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR" desarrollado por la Secretaría de Minas y Energía de la Gobernación de Bolívar.																																					
FORMA DE PAGO:		El valor total estimado del contrato es la suma de CUARENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE (\$44,000,000.00) ; 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 CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE (\$4,000,000.00), 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:		TAYRHA ESTHER ALI BARROS																																					
Identificación:		Tipo de documento: Cédula ☒ Nit. ☐	Número:		33065993																																		
Dirección:		tv 3 3 61 p 3																																					
Número de Teléfono:		FAX:		CEL:		6876016																																	
Clase y número de cuenta:		Corriente: ☐ Ahorros: ☒	Número:	47700044391		Banco:	BANCOLOMBIA																																
ASPECTOS TRIBUTARIOS		Marque con "X" Persona Natural: ☒ Persona Jurídica: ☐ Regimen: NO RESPONSABLE DE IVA Gran Contribuyente: ☐ Autoretenedor: ☐ He verificado de esta información frente al RUT: SI: ☒ NO: ☐																																					
INFORME DEL SUPERVISOR																																							
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD		El contratista presentó el informe correspondiente: SI: ☒ NO: ☐ # de folios: El informe cumple con lo estipulado en el contrato: ☒ SI Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: ☒ SI Fecha: Mar 27 2022 Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: Prestación de servicios profesionales para la ejecución del proyecto "ASISTENCIA PROFESIONAL, TÉCNICA, TECNOLÓGICA Y EN SALUD A MINEROS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR" desarrollado por la Secretaría de Minas y Energía de la Gobernación de Bolívar.																																					
APORTES SEGURIDAD SOCIAL		Persona Natural: <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Aportes a Salud</th> <th colspan="2">Aportes a Pensión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$215,000.00</td> <td>Periodo</td> <td>FEBRERO</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9431986639</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Mar 24 2022</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Aportes a ARL</th> <th colspan="2">NOTA:</th> </tr> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$41,900.00</td> <td>Periodo</td> <td>FEBRERO</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9431986639</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Mar 24 2022</td> </tr> </tbody> </table> Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:						Aportes a Salud		Aportes a Pensión		Valor pagado	\$215,000.00	Periodo	FEBRERO	Comprobante de pago Número:	9431986639			Fecha de pago:	Mar 24 2022			Aportes a ARL		NOTA:		Valor pagado	\$41,900.00	Periodo	FEBRERO	Comprobante de pago Número:	9431986639			Fecha de pago:	Mar 24 2022		
Aportes a Salud		Aportes a Pensión																																					
Valor pagado	\$215,000.00	Periodo	FEBRERO																																				
Comprobante de pago Número:	9431986639																																						
Fecha de pago:	Mar 24 2022																																						
Aportes a ARL		NOTA:																																					
Valor pagado	\$41,900.00	Periodo	FEBRERO																																				
Comprobante de pago Número:	9431986639																																						
Fecha de pago:	Mar 24 2022																																						
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: 122328D2-A5E3-4119-851F-FBF3706A7ADA

NOMBRE CONTRATISTA: TAYRHA ESTHER ALI BARROS

C.C.: 33065993



FIRMA SUPERVISOR 3242F1C8-9D0D-4EA5-A80B-9B4DB621F66F

NOMBRE SUPERVISOR: FARID NAZZAR HERRERA

CARGO: SECRETARIO DE MINAS Y ENERGÍA

