| | FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP | Código:FAD-024<br>Versión: 5.0<br>Fecha:<br>01/02/2018 |
|---|---|---|

| Dependencia: | DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | Fecha: | 28/4/2022 |
|---|---|---|---|

**ACTO ADMINISTRATIVO**

**DATOS DEL CONTRATO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valor Contrato: | $27,311,704.00 | | | Valor a Pagar: | $3,901,672.00 |
| Número: | CO1.PCCNTR.3296738 | Fec. Suscripción: | Ene 19 2022 | Fecha de iniciación: | Ene 19 2022 |
| N° CDP: | 17 | Fecha: | Ene 11 2022 | Fecha de terminación: | Ago 18 2022 |
| N° RP | 15 | Fecha | Ene 19 2022 | Duración: | Meses 7 Días 0 |
| Rubro Presupuestal: | Convenir el Apoyo a la gestión del Programa seguridad de Playas. ABOGADOS | | | Periodo a pagar: | Mar 19 2022 - Abr 18 2022 |

Requiere Informe: **SI** Entregó Informe: **SI** Suspensión No.: En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

**OBJETO DEL CONTRATO:**

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO A TRAVES DE LA ASESORIA JURIDICA EXTERNA A LA DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE DISTRISEGURIDAD enmarcadas dentro del proyecto de inversión IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA VIGILANCIA DE LAS PLAYAS DEL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS, con código BPIN "2021130010279", dentro de su programa VIGILANCIA DE LAS PLAYAS DEL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS".

**FORMA DE PAGO:**

El valor que DISTRISEGURIDAD reconocerá a favor del contratista en contraprestación al cumplimiento del objeto derivado del contrato, corresponderá a la suma: VEINTISIETE MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL SETECIENTOS CUATRO PESOS M/CTE ($27.311.704.00), este valor corresponde todos los gastos directos e indirectos, gravámenes, tributos y demás costos en que incurra el contratista por causa u ocasión de la ejecución del adicional y prorroga de este contrato. DISTRISEGURIDAD cancelará este valor en siete (07) cuotas mensuales vencidas cada una por valor de: TRES MILLONES NOVECIENTOS UN MIL SIESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($3.901.672.00). contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, esto es a partir de la expedición del registro presupuestal; el pago de cada mensualidad se realizará dentro de los diez (10) días siguientes a la radicación de la cuenta de cobro o factura, acompañada de la certificación de recibo a satisfacción del servicio prestado suscrita por el supervisor, y la respectiva planilla de pago de sus aportes al sistema integral de seguridad social (salud, pensión y ARL). El valor de los honorarios establecidos en el presente estudio previo se encuentra en concordancia con la tabla de honorarios vigente, en el Distrito de Cartagena de Indias para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | **ivan alberto bolivar benavides** | | | | | | | | | | |
| Identificación: | Tipo de documento: | Cédula | X | Nit. | | | Número | 73200552-8 | | DV | |
| Dirección: | cartagena | | | | | | | | | | |
| Número de Teléfono: | 0 | | | FAX: | | | | CEL. | 3012077296 | | |
| Clase y número de cuenta: | Corriente: | | Ahorros | **X** | Número: | **057000073809** | | Banco: | **Davivienda** | | |

**ASPECTOS TRIBUTARIOS**

Marque con "X" Persona Natural: **X** Persona Jurídica: Regimen: **SIMPLIFICADO**

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: Abr 28 2022

**Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas:** HE CUMPLIDO CON LAS OBLIGACIONES PACTADAS.

**APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

**Persona Natural:**

| **Aportes a Salud** | | | | **Aportes a Pensión** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor pagado | $250,000.00 | Periodo | MARZO | Valor pagado | $320,000.00 | Periodo | MARZO |
| Comprobante de pago Número: | | 9432836577 | | Comprobante de pago Número: | | 9432836577 | |
| Fecha de pago: | | Abr 28 2022 | | Fecha de pago: | | Abr 28 2022 | |
| **Aportes a ARL** | | | | **NOTA:** | | | |
| Valor pagado | $10,500.00 | Periodo | MARZO | | | | |
| Comprobante de pago Número: | | 9432836577 | | | | | |
| Fecha de pago: | | Abr 28 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.

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

**FIRMA CONTRATISTA:** AE6AE73B-A0F8-461A-9E28-BE401E6DFBC9

**NOMBRE CONTRATISTA:** ivan alberto bolivar benavides

**C.C.:** 73200552-8

Firma Digital

**FIRMA SUPERVISOR**

**NOMBRE SUPERVISOR:** REMBERTO VIAÑA GONZÁLEZ

**CARGO:** DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO