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

Dependencia:	SECRETARIA PRIVADA	Fecha:	10/5/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$21,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,500,000.00
Número:	0320	Fec. Suscripción:	Ene 11 2022	Fecha de iniciación:	Ene 11 2022
N° CDP:	1	Fecha:	Ene 3 2022	Fecha de terminación:	Jul 10 2022
N° RP:	267	Fecha:	Ene 11 2022	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Abr 11 2022 - May 10 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 Secretaria Privada.

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 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:	**ALVARO ENRRIQUE BENEDETTI RONCALLO**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	73575354	DV.	
Dirección:	CL 129 56 13 AP 602								
Número de Teléfono:	0		FAX:			CEL.	3005121208		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**03950284357**	Banco:	**BANCOLOMBIA**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	x	Persona Jurídica:	
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	

Regimen: **NO RESPONSABLE DE IVA**

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: May 10 2022

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: Cuenta No. 4

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$175,000.00	Periodo: ABRIL	Valor pagado	$224,000.00	Periodo: ABRIL
Comprobante de pago Número:	9434122118		Comprobante de pago Número:	9434122118	
Fecha de pago:	May 10 2022		Fecha de pago:	May 10 2022	
Aportes a ARL			**NOTA:**		
Valor pagado	$7,400.00	Periodo: ABRIL			
Comprobante de pago Número:	9434122118				
Fecha de pago:	May 10 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: C7AA1172-EBA7-44FE-940B-F4A39A563230

NOMBRE CONTRATISTA: ALVARO ENRRIQUE BENEDETTI RONCALLO

C.C.: 73575354

FIRMA SUPERVISOR 1CDEB784-BA8C-47F5-8EE1-E7441AAE074D

NOMBRE SUPERVISOR: ALVARO JOSE REDONDO CASTILLO

CARGO: SECRETARIO PRIVADO