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

Dependencia:	SECRETARIA JURIDICA	Fecha:	11/10/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$18,000,000.00			Valor a Pagar:	$6,000,000.00
Número:	2849	Fec. Suscripción:	Sep 7 2022	Fecha de iniciación:	Sep 7 2022
N° CDP:	1211	Fecha:	Ago 30 2022	Fecha de terminación:	Dic 6 2022
N° RP:	7185	Fecha:	Sep 7 2022	Duración:	Meses 3 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Sep 7 2022 - Oct 6 2022

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

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de Servicios profesionales especializados para el desarrollo de las actividades propias de la Secretaria jurídica de la Gobernación de Bolívar.

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 SEIS MILLONES DE PESOS MCTE ($6.000,000.00), 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:	**PAULA ELIZABETH MARTELO ROMERO**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	50937117	DV.	
Dirección:	CL 47 13 86 BRR TORICES								
Número de Teléfono:	3004218286		FAX:			CEL.	3004218286		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**057170016521**	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: Oct 11 2022

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: 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 deestos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$300,000.00	Periodo SEPTIEMBRE	Valor pagado	$384,000.00	Periodo SEPTIEMBRE
Comprobante de pago Número:	9441243732		Comprobante de pago Número:	9441243732	
Fecha de pago:	Oct 11 2022		Fecha de pago:	Oct 11 2022	

Aportes a ARL			**NOTA:**
Valor pagado	$12,700.00	Periodo SEPTIEMBRE	
Comprobante de pago Número:	9441243732		
Fecha de pago:	Oct 11 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: 49A52D0E-7E21-4B11-B208-679E4C97527D

NOMBRE CONTRATISTA: PAULA ELIZABETH MARTELO ROMERO

C.C.: 50937117

FIRMA SUPERVISOR 68048008-1EA8-4DF5-91E7-8D8774D8558A

NOMBRE SUPERVISOR: JUAN MAURICIO GONZALEZ NEGRETE

CARGO: SECRETARIO JURIDICO