	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:	20/10/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$9,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00
Número:	3132	Fec. Suscripción:	Sep 21 2022	Fecha de iniciación:	Sep 21 2022
N° CDP:	1214	Fecha:	Ago 30 2022	Fecha de terminación:	Dic 20 2022
N° RP:	7778	Fecha:	Sep 21 2022	Duración:	Meses 3 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Sep 21 2022 - Oct 20 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 de la Gobernación de Bolívar

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de NUEVE MILLONES DE PESOS MCTE ($9,000,000.00) ; 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:	**OMAR ANTONIO AHUMADA NAVARRO**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	8642959	DV.	
Dirección:	O								
Número de Teléfono:	0			FAX:			CEL.	3003059393	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**416220019375**	Banco:	**BANCO AGRARIO**	

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 20 2022

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: primera cuenta

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$280,000.00	Periodo	SEPTIEMBRE	Valor pagado	$358,400.00	Periodo	SEPTIEMBRE
Comprobante de pago Número:		62199633		Comprobante de pago Número:		62199633	
Fecha de pago:		Oct 13 2022		Fecha de pago:		Oct 13 2022	

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$11,700.00	Periodo	SEPTIEMBRE	
Comprobante de pago Número:		62199633		
Fecha de pago:		Oct 13 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: 05523AAA-CD78-461E-964D-0E22E606D623

NOMBRE CONTRATISTA: OMAR ANTONIO AHUMADA NAVARRO

C.C.: 8642959

FIRMA SUPERVISOR 68935765-E8E1-408E-9F28-B4DE44080C48

NOMBRE SUPERVISOR: ALVARO JOSE REDONDO CASTILLO

CARGO: SECRETARIO PRIVADO