49

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

Certificado de Supervisión o Interventoría

Código: PA03-PR04-F02 | Versión: 6.0

I. INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

Fecha de Expedición			Supervisor				RADICACIÓN
DD	MM	AAAA	Nombre:	IVY YOJANA SEPULVEDA AGUIRRE	No. de Celular	Fecha	
01	11	2018	Cargo:	SUBDIRECTOR DE JURISDICCION COACTIVA Y ENCARGADA	3013717610	Consecutivo	

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

Nombre o Razon Social del Contratista: JAVIER AUGUSTO ROMERO CASTAÑEDA

Nº C.C. / NIT: 80817233

Dirección: CALLE 143A #113C-50 BLOQUE 15 APTO 358

No. Celular: 3108507462

REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RUT o RIT

Código de la Actividad: 6910

Régimen Tributario: Simplificado

Declarante de Renta: SI

Rentas de Trabajo: SI

Rentas de Capital: SI

Rentas no Laborales: ND

Correo electrónico: ceo@jromeroasociados.com

CONTRATO Tipo: Contrato Clase: Servicios

Fecha: 2018/08/31 No.: 20161567 Fecha de inicio: 2018/09/06 Plazo de Ejecución: Meses: 6 Dias:

Son declarantes de Renta en el año 2018, Quienes recibieron ingresos superiores a 1,400 UVTS $44.603.000 y patrimonio superior a 4,500 UVTS $143.386.000 en el año 2017.

Son Rentas de Trabajo los ingresos que se reciben por concepto de honorarios y servicios personales siempre y cuando no contraten o vinculen 2 o más trabajadores asociados a la actividad.(Art.335 E.T)

Son Rentas de Capital los ingresos obtenidos por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual. (Art. 338 E.T)

Son Rentas no laborales los ingresos que se reciben por conceptos diferentes a las anteriores.(Art.340 E.T)

OBJETO CONTRACTUAL:

Prestar servicios profesionales en derecho para la revisión y proyección de los documentos que deba suscribir el Subdirector de Jurisdicción Coactiva de la Secretaría Distrital de Movilidad

FORMA Y CONDICIÓN DE PAGO

PRIMER PAGO: Se realizará un pago proporcional correspondiente a los días ejecutados por el periodo comprendido entre la fecha del acta de inicio y el último día calendario de ese mismo mes, previa presentación del informe mensual de actividades y recibido a satisfacción por parte del supervisor. SIGUIENTES PAGOS: Se realizarán Cinco (5) pagos mensuales equivalentes a Cuatro Millones Novecientos Cuarenta y Cuatro Mil Pesos ($4.944.000) M/CTE; pagos que deben ser realizados en mensualidades vencidas. SALDO: Si es procedentes, el último pago será por el saldo respectivo, quedando sujeto al recibo a satisfacción del informe final y del inventario de los elementos entregados en custodia al contratista, sin perjuicio de los demás requisitos a que haya lugar

III. PERÍODO CERTIFICADO

Desde	DD	MM	AAAA	Hasta	DD	MM	AAAA
	1	10	2018		30	10	2018

PARA CONTRATISTA PERSONA NATURAL

VR. CONTRATO MENSUAL: $ 4.944.000 Días Trabajados: 30

VALOR DEL PAGO: $ 4.944.000 Pensionado: ND

VALOR IVA: $ 0 No Paga Pensión:

Base Ingreso Cotización: $ 4.944.000 $ 1.977.600

No. Autorización o Planilla: 8485194449

Aportes Seguridad Social				
Salud 12,5%	$ 247.200		Entidad	SANITAS
Pensión 16%	$ 316.400		Entidad	PORVENIR
Fondo Solidaridad *	$ 0		Entidad	
ARL*	$ 10.300	0.0522%	Entidad	POSITIVA
AFC* o PV	$ 0		Entidad	
			Entidad	

Nota: * El pago del Fondo de Solidaridad únicamente aplica cuando la base de cotización es entre 4 -16 SMMLV (1%) - *ARL = en la casilla se debe elegir el riesgo (riesgo 1 tarifa 0,522%; riesgo 2 tarifa 1,044%; riesgo 3 tarifa 2,436%; riesgo 4 tarifa 4,350%; riesgo 5 tarifa 6,960%) al que se encuentra afiliado y el formato le arrojara automaticamente el valor aportado *AFC = Fondo de Ahorro Vivienda y Construcción

En mi calidad de Contratista Declaro bajo la gravedad del juramento que la información proporcionada es correcta, verdadera y se relaciona con el propósito de acogerme a lo establecido en el Articulo 4 del Decreto 2271 del 18 de junio de 2009 que hace referencia a la disminución de la base gravable de trabajadores independientes; estos aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión, corresponden a los ingresos provenientes del contrato arriba relacionado en la información contractual y período certificado.

IV. CERTIFICACIÓN

El suscrito Supervisor / Interventor certifica que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones, en los términos y tiempo pactados, las cuales se verificaron y avalaron por el período certificado, conforme a las condiciones de pago, así como, se constataron los pagos efectuados por el contratista para Salud, Pensión y/o Fondo de Solidaridad, contra los recibos originales, para proveedores la certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal o contador de la empresa, los cuales se presentaron de acuerdo con lo establecido en la Ley 789/2002 y Decreto 1703/02. Por lo tanto autorizo el pago por valor de: (valor en números y letras)

$ 4.944.000 — CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS 00/100 M.L

Tipo de pago: Pago Mensual Número total de pagos: 7 Número de pago actual: 2

V. ESTADO PRESUPUESTAL

1. Valor total contrato	$ 29.664.000	SALDO AMORTIZACIÓN	No. Disponibilidad Presupuestal	2054	Fecha	2018/07/31
2. Adición	$ 0	Garantías	No. disp. Presupuestal Adición		Fecha	
3. Valor cancelado	$ 4.120.000		No. Registro Presupuestal	1870	Fecha	2018/09/03
4. Valor a cancelar	$ 4.944.000	Anticipo	No. Registro Presupuestal Adición		Fecha	
5. SALDO =(1+2-3-4)	$ 20.600.000		Código cuenta presupuestal	3-3-1-15-07-42-7132-188		

VI. TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	No. Cuenta	Si es cuenta extranjera, indicar:
7 - Bancolombia S.A. o Banco de Colombia	Ahorros	54756862211	Código SWIFT:

VII. OBSERVACIONES

ID: 14365

Se indica que la presente cuenta de cobro, se firma únicamente por la Dra Ivy Yojana Sepulveda Aguirre , toda vez que para la fecha de expedición de este documento la Dra. Sepúlveda Aguirre ejerce como Subdirectora de Jurisdicción Coactiva, por ende supervisora del presente contrato.

Firma del Contratista C.C. / NIT 80817233

Firma Supervisor C.C. / NIT 52537245

Firma Supervisor o Interventor C.C. / NIT

FINANCIERA

0 8 NOV 2018