	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:	19/4/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$12,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00
Número:	166	Fec. Suscripción:	Feb 6 2023	Fecha de iniciación:	Feb 6 2023
N° CDP:	57	Fecha:	Ene 26 2023	Fecha de terminación:	Jun 5 2023
N° RP:	309	Fecha:	Feb 6 2023	Duración:	Meses 4 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Mar 6 2023 - Abr 5 2023

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

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de servicios Profesionales de representación Judicial, control y seguimientos de los procesos judiciales en los que la entidad actúa como demandante o demandada y los demás que deba atender dentro del objeto contractual.

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de DOCE MILLONES DE PESOS MCTE ($12,000,000.00) ; 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:	**JOSE JOAQUIN POSADA ARRIETA**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	3806341	DV.	
Dirección:	km 12 ANILLO VIAL CARTAGENA LAGUNA CLUB CAMPANOS 3 APTO 2B								
Número de Teléfono:	.			FAX:			CEL.	3006528690	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**089299747**	Banco:	**BBVA**	

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: Abr 19 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: CUENTA DOS

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado	$301,900.00	Periodo MARZO	Valor pagado	$386,400.00	Periodo MARZO
Comprobante de pago Número:	9448622990		Comprobante de pago Número:	9448622990	
Fecha de pago:	Abr 18 2023		Fecha de pago:	Abr 18 2023	

Aportes a ARL			NOTA:
Valor pagado	$12,700.00	Periodo MARZO	
Comprobante de pago Número:	9448622990		
Fecha de pago:	Abr 18 2023		

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: FC465D52-2B80-45C0-9A2B-83B0F0170581

NOMBRE CONTRATISTA: JOSE JOAQUIN POSADA ARRIETA

C.C.: 3806341

FIRMA SUPERVISOR 63F8379F-8957-4124-AD4B-3826A1710023

NOMBRE SUPERVISOR: GINA PATRICIA VELEZ ORTIZ

CARGO: DIRECTOR DE DEFENSA JUDICIAL