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

Dependencia:	SECRETARIA DE VICTIMAS Y RECONCILIACION	Fecha:	30/4/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$12,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00
Número:	680	Fec. Suscripción:	Mar 1 2023	Fecha de iniciación:	Mar 1 2023
N° CDP:	203	Fecha:	Feb 17 2023	Fecha de terminación:	Jun 30 2023
N° RP:	1067	Fecha:	Mar 1 2023	Duración:	Meses 4 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Abr 1 2023 - Abr 30 2023
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 Secretaría de Víctimas y Reconciliación de la Gobernación de Bolívar.

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:	**YURANIS WILCHES CARDONA**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	45554944	DV.	
Dirección:	.								
Número de Teléfono:	.	FAX:		CEL.	3107072173				
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**822794330**	Banco:	**AV Villas**	

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: Abr 30 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: NA

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$183,800.00	Periodo ABRIL	Valor pagado	$235,200.00	Periodo ABRIL
Comprobante de pago Número:	9450132380		Comprobante de pago Número:	9450132380	
Fecha de pago:	Abr 26 2023		Fecha de pago:	Abr 26 2023	
Aportes a ARL			**NOTA:**		
Valor pagado	$7,700.00	Periodo ABRIL			
Comprobante de pago Número:	9450132380				
Fecha de pago:	Abr 26 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: 230DE040-61FA-4157-8D74-2629F9F26920

NOMBRE CONTRATISTA: YURANIS WILCHES CARDONA

C.C.: 45554944

FIRMA SUPERVISOR 486379C3-B545-416A-9B67-CF90A40E4239

NOMBRE SUPERVISOR: AMAURY JAVIER LORA MARQUEZ

CARGO: SECRETARIO DE VÍCTIMAS Y RECONCILIACIÓN