ITBOY	SISTEMA DE GESTIÓN - MiPG	Código: FR-ADF-05
	PROCESO	Versión: 11
	ADMINISTRACIÓN FINANCIERA	Página 1 de 1
	LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA TRAMITE DE CUENTAS	Fecha Aprobación: 08-05-2018

INFORMACIÓN GENERAL

Contrato No:	CD 009.	Nombre del Supervisor / Interventor:	NATALIA SAAVEDRA	Nombre del Contratista:	MIGUEL SIMBAQUEBA

Tipo de Contrato: Prestación de Servicio ☐ Colsultoría ☐ Suministro ☐ Arrendamiento ☐ Compra Venta ☑ Obra ☐

No de Acta Parcial/Final:	4	Fecha de Inicio	3-02-2023	Fecha Finalización:	31-12-2023
Valor del Contrato:	78.140.510	Forma de pago:	MENSUAL	Pago Número	4 de: 11
Valor a Pagar:	7.195.636	Periodo de Corte:	MAYO.		

DESCRIPCIÓN (Adicionales, Otro Sí, Prórrogas)

No. ADICIONAL	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	OBJETO DE LA PRÓRROGA/ADICIONAL	ADICIÓN/VALOR	PRORROGA/PLAZO

REQUISITOS PARA PAGO POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN SERVICIOS, CONVENIOS O ADQUISICIÓN DE BIENES

DESCRIPCIÓN PARA PRIMER PAGO Y PAGOS PARCIALES	ESTADO		
	Cumple	No Cumple	No Aplica
Revisar y verificar en la **Carpeta del Contrato**: Acta de Inicio, Objeto del contrato, CDP, RP, acta de aprobación de póliza (si aplica)	✓		
Factura original o su equivalente; **cuenta de cobro en original y Copia** (persona Natural) - (En el caso de factura de venta debe cumplir con los requisitos establecidos en el Art. 617 del Estatuto Tributario)	✓		
Informe de supervisión que contenga periodo de corte que corresponde- recibo a satisfacción de bienes o servicios o avances de obra - debidamente diligenciado - FR -GEJ-15	✓		
Acta de recibo parcial y balance presupuestal - debidamente liquidado (Diligenciada y firmada por el Contratista, aprobada/firmada por el Supervisor/Interventor) FR-GEJ-13	✓		
Planilla y recibo de pago de **Aportes de Seguridad Social-** pensión y riesgos laborales (Persona natural - Que la base de pagos de aportes a salud, pensión y ARL sea sobre el 40 % del valor del pago parcial) - Para persona jurídica revisar declaración juramentada de pago de aportes parafiscales y seguridad social suscrito por el Representante Legal o el Revisor Fiscal. Confirmar que los pagos correspondan al periodo de corte de la cuenta.			✓
Certificación en aplicación al Decreto 1070 de 2013, dirigida a la Oficina de Tesorería, igualmente se debe incluir numeral donde el contratista certifica que el valor de aportes al Sistema de Seguridad Social corresponde al 40% del valor de los Ingresos recibidos durante el mes a cobrar			✓
Revisar la Carpeta del Contrato: Verificar la Forma de pago y confirmar que el número de cuenta/pago solicitado corresponda	✓		
Comprante de Ingreso a almacén para los contratos de adquisición de bienes o elementos			✓

DESCRIPCIÓN -REQUISITOS ADICIONALES PARA PAGO FINAL	ESTADO		
	Cumple	No Cumple	No Aplica
Comprante de Ingreso a almacén para los contratos de adquisición de bienes o elementos			✓
Acta de entrega y recibo final del objeto - obligaciones contractuales (Debidamente diligenciada, firmada por el Contratista y Supervisor/Interventor) FR-GEJ-14			✓
Acta de liquidación de contrato (Debidamente diligenciada, firmada por el Contratista y Supervisor/Interventor) FR-GEJ-15			✓

OBSERVACIONES- CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN DE LA CUENTA

Revisado por:	Nombre	Firma	Fecha de Diligenciamiento
	Juan Rodolfo Vergara Burgos		DIA 12 MES MAY AÑO 2023
	CARGO: Abogado Apoyo CAI		

ITBOY	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL "ITBOY"	Código: FR-GEJ-15
	PROCESO	Versión: 2
	GESTION JURIDICA	Pág.: 1 de 1
	ACTA DE SEGUIMIENTO, VERIFICACION Y RECIBO PARCIAL. SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	Fecha de Aprobación: 10-08-2018

ACTA PARCIAL	No.	04	FECHA ACTA:	04/05/2023			
CONTRATO	X	CONVENIO		No.	009	DE FECHA:	02/02/2023
OBJETO	ARRENDAMIENTO DE UN BIEN INMUEBLE PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PUNTO DE ATENCIÓN DE COMBITA, DEL INSTITUTO DE TRANSITO DE BOYACA.						
CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL	MIGUEL SIMBAQUEVA MORENO					NIT: C.C.	19.313.189
SUPERVISOR / INTERVENTOR	NATALIA SAAVEDRA ALBARRACIN					NIT: C.C.	33.377.902
VALOR INICIAL	$ 78.110.510,00						
VALOR CON MODIFICATORIO							
VALOR CON ADICIONES	$ 0,00						
FECHA DE INICIO	03/02/2023				PLAZO CON ADICIONES		
ACTA DE SUSPENSIÓN					ACTA DE REINICIACIÓN		
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2023				PERIODO AUTORIZADO A PAGAR		MAYO
REGISTRO PRESUPUESTAL N°	032	FECHA:	02/02/2023		CODIGO O RUBRO N°		212020200703

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	$78.110.510	
Valor aporte otra Entidad		
Anticipo		
Amortización del anticipo		
Valor de la presente acta seguimiento y recibo a Satisfacción N° 04		$7.196.636
Valor actas pagadas		$20.545.422
Saldo por ejecutar		$50.369.452
Sumas iguales	**$78.110.510**	**$78.110.510**

El suscrito SUPERVISOR o INTERVENTOR del Contrato o Convenio en mención, manifiesto que he recibido a satisfacción el informe correspondiente al periodo de pago mencionado, presentado por el CONTRATISTA, quien cumplio a satisfaccion y dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas en el contrato; igualmente certifico que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión y riesgos profesionales de acuerdo a la(a) planilla(s) N° _____ del mes _____ de conformidad con la normatividad vigente.

En visita al lugar de los trabajos y/o en la entrega de los bienes, servicios y demás, se constató que lo jecutado está de acuerdo con el porcentaje* equivalente al 35,52 % del total del contrato, encontrándose como soportes los informes allegados junto con sus anexos que hacen parte de la presente acta.

**En los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, el porcentaje se determinará según el tiempo ejecutado del plazo total del contrato.*

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

NATALIA SAAVEDRA ALBARRACIN
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR
Nombre y firma

MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA
CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL
Nombre y firma

*El informe, las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista y/o interventor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan la verificación de las entregas de la información de la prestación de servicios, los suministros de bienes y servicios, así mismo, las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor o Supervisor.

Se verificaron y se constaron los pagos en el valor y monto correspondiente a seguridad Social (Pension, Salud, Arl y parafiscales (cuando aplique), es decir el 40% del valor del contrato.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES

ADJUNTAR CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
(CUANDO EL OBJETO DEL CONTRATO ASI LO REQUIERA, DEJAR INFORME COMPLETO EN LA CARPETA UNIDAD DOCUMENTAL OFICINA JURIDICA)

Original: Archivo Carpeta Oficina Jurídica
Copia: Oficina de Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA MORENO
NIT 19.313.189-6
Km 3 Vía Tunja - Paipa
Tel: (038) 3102564426
Cómbita - Colombia
contabilidadmiguelsimba@hotmail.com

factura electronica de venta
Nº FE 236

señores	INSTITUTO DE TRANSITO DE BOYACA ITBOY		
LIENDRE	891.801.069-8	**Telefono**	(038) 7450909
direccion	CR 2 72 43 BRR SUAMOX	**Ciudad**	Tunja - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	05/03/2023, 15:38
expedición	05/03/2023, 15:38
Vencimiento	31/05/2023

Artículo	Descripcion	Cantidad	Vr. Total
1	CANON ARRENDAMIENTO CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES MES DE MAYO	1.00	7,195,636.00

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Artículos totales: 1

Bruto Total	6.046.752,94
IVA 19%	1.148.883,06
Total a Pagar	7,195,636.00

Valor en Letras:
Siete millones ciento noventa y cinco mil seiscientos treinta y seis pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-05-31 por ps 7,195,636.00

Observaciones:

A esta factura de venta se aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764040498421 aprobado en 20221130 prefijo FE desde el número 185 al 1000 Vigencia: 6 Meses**

Responsable de IVA - Actividad Económica 6810 Actividades inmobiliarias realizadas con bienes propios o arrendados Tarifa 0

CUFE: 1b44b017e8719ee236e86a82a45b5f0cc53549492e 7e42c9e2af789de5a5dc18e4d5597bcc8d7667212991527130c780

ITBOY	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL "ITBOY"	Código: FR-GEJ-15
	PROCESO	Versión: 1
	GESTION JURIDICA	Pág.: 1 de 1
	INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA	Fecha de Aprobación: 09-08-2016

ACTA PARCIAL Y/O INFORME N°	04	VALOR INICIAL	$ 78.110.510,00
FECHA ACTA Y/O INFORME	4/05/2023	VALOR CON ADICIONES	N.A
CONTRATO y/o CONVENIO	N° 009	FECHA DE INICIO	3/02/2023
CONTRATISTA	MIGUEL SIMBAQUEBA MORENO	PLAZO CON ADICIONES	N.A.
SUPERVISOR/ INTERVENTOR	NATALIA SAAVEDRA ALBARRACIN	ACTA DE SUSPENSIÓN	N.A
RUBRO PRESUPUESTAL	212020200703	ACTA DE REINICIACIÓN	N.A
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	MES DE MAYO DE 2023	FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2023
OBJETO	ARRENDAMIENTO DE UN BIEN INMUEBLE PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PUNTO DE ATENCION DE COMBITA DEL INSTITUTO DE TRANSITO DE BOYACA		

REPORTE DEL CONTRATISTA							REPORTE SUPERVISOR Y/ INTERVENTOR
ITEM		ACTIVIDADES EJECUTADAS	Verificacion de Actividades				Fuente de Verificacion y/o anexos
			T(1)	P(2)	N(3)	NR(4)	
	ARRENDAMIENTO DE UN LOCAL PARA EL FUNCIONAMIENTO DE UN PUNTO DE ATENCION DEL ITBOY Y UN LOCAL PARA EL ARCHIVO UBICADO EN COMBITA BOYACA	CUMPLIMIENTO DE ARRENDAMIENTO	X				

* Adicione filas si es necesario

Anexar panillas pagos Seguridad Social y parafiscales (cuando aplique) o certificacion revisor fiscal (cuando aplique)

PERIODO DE PAGO (MES)	FECHA DE PAGO	VALOR HONORARIOS $ MENSUALES $	40% HONORARIOS MENSUAL (SMMLV $)	APORTES					
				SALUD		PENSIONES		RIESGOS PROFESIONALES	
				%	12,5	%	16	%	0,522
			#¡VALOR!	VALOR ($)	#¡VALOR!	VALOR ($)	#¡VALOR!	VALOR ($)	#¡VALOR!
				VALOR TOTAL DE APORTES ($) OBLIGATORIO					#¡VALOR!
		VALOR PAGADO EN PLANILLA		VALOR ($)		VALOR ($)		VALOR ($)	
				VALOR TOTAL DE APORTES ($) OBLIGATORIO					$0,00

* Transcriba en su totalidad, las definidas en los estudios previos.

** Esta casilla debe ser diligenciada por el supervisor, previa verificación de los documentos ó archivos magnéticos soporte del cumplimiento de la actividad

(1).Se cumplió en su **totalidad** la actividad definida

(2).Se cumplió **parcialmente** la actividad definida y permite su cumplimiento total en los siguientes reportes

(3). Fue requerida la actividad, pero **no se evidenció** su realización en el periodo.

(4). **No fue requerida** para el periodo, luego no aplica reporte.

FIRMA SUPERVISOR

*Adicione firmas si es necesario

* Suprima firmas del contratista para contratos de arrendamiento