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

Dependencia:	SECRETARIA DE HACIENDA	Fecha:	28/5/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$12,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00
Número:	1913	Fec. Suscripción:	Mar 29 2023	Fecha de iniciación:	Mar 29 2023
N° CDP:	364	Fecha:	Mar 13 2023	Fecha de terminación:	Jul 28 2023
N° RP:	2902	Fecha:	Mar 29 2023	Duración:	Meses 4 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Abr 29 2023 - May 28 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 oficina de cobro coactivo de la Secretaría de Hacienda de la Gobernacion de Bolivar

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:	**CARLOS ANDRES POSADA DIAZ**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1143350591	DV.	
Dirección:	BRR EL BOSQUE TV 2 21 86								
Número de Teléfono:	0			FAX:			CEL.	6694884	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**49519712767**	Banco:	**BANCOLOMBIA**	

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: May 28 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: ABRIL 2023

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$150,000.00	Periodo ABRIL	Valor pagado	$192,000.00	Periodo ABRIL
Comprobante de pago Número:	9450216657		Comprobante de pago Número:	9450216657	
Fecha de pago:	Abr 27 2023		Fecha de pago:	Abr 27 2023	
Aportes a ARL			**NOTA:**		
Valor pagado	$6,300.00	Periodo ABRIL			
Comprobante de pago Número:	9450216657				
Fecha de pago:	Abr 27 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: DD344DFC-0525-4F31-B2C0-DFF52DB67970

NOMBRE CONTRATISTA: CARLOS ANDRES POSADA DIAZ

C.C.: 1143350591

FIRMA SUPERVISOR 8417AF16-0E06-4C80-89CF-CE26CBCF4040

NOMBRE SUPERVISOR: JOSE CARLOS MENDEZ GALVIS

CARGO: JEFE DE OFICINA COBRO COACTIVO