FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS F-SCAP

Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	SECRETARIA DEL INTERIOR Y ASUNTOS GUBERNAMENTALES	Fecha:	13/4/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$12,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00
Número:	1253	Fec. Suscripción:	Mar 14 2023	Fecha de iniciación:	Mar 14 2023
N° CDP:	203	Fecha:	Feb 17 2023	Fecha de terminación:	Jul 13 2023
N° RP:	1876	Fecha:	Mar 14 2023	Duración:	Meses 4 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Mar 14 2023 - Abr 13 2023
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de Servicios de profesionales para el desarrollo de las actividades propias de la Dirección de Asistencia Municipal de la Secretaria del Interior y Asuntos Gubernamentales 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 cuent 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

ombre:	**JAIDER DIAZ SOLANO**								
entificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	73149725	DV.	
rección:	.								
ımero de Teléfono:	.			FAX:			CEL.	3225251517	
ase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**8622004051**	Banco:	**RED MULTIBANCA COLPATRIA**	

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 13 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: NO APLICA

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
Valor pagado	$259,700.00	Periodo	MARZO	Valor pagado	$332,400.00	Periodo	MARZO
Comprobante de pago Número:		9449374780		Comprobante de pago Número:		9449374780	
Fecha de pago:		Abr 11 2023		Fecha de pago:		Abr 11 2023	

Aportes a ARL				NOTA:
Valor pagado	$10,900.00	Periodo	MARZO	
Comprobante de pago Número:		9449374780		
Fecha de pago:		Abr 11 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: BAF08900-A95E-4A08-A9DE-5418A27409A6

NOMBRE CONTRATISTA: JAIDER DIAZ SOLANO

C.: 73149725

FIRMA SUPERVISOR CD7887ED-DE16-43AB-8143-BD07C38B55FB

NOMBRE SUPERVISOR: ANTONIO GOSSAIN MORELOS

CARGO: DIRECTOR DE ASISTENCIA MUNICIPAL