

	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018			
Dependencia:	SECRETARIA PRIVADA				Fecha:	8/6/2023		
ACTO ADMINISTRATIVO								
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$14,000,000.00		Valor a Pagar:	\$3,500,000.00			
	Número:	1100	Fec. Suscripción:	Mar 9 2023	Fecha de iniciación:	Mar 9 2023		
	N° CDP:	203	Fecha:	Feb 17 2023	Fecha de terminación:	Jul 8 2023		
	N° RP:	1576	Fecha:	Mar 9 2023	Duración:	Meses 4 Días 0		
	Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	May 9 2023 - Jun 8 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 Secretaria Privada de la Gobernación de Bolívar							
FORMA DE PAGO:	El valor total estimado del contrato es la suma de CATORCE MILLONES DE PESOS MCTE (\$14,000,000.00) ; 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 QUINIENTOS MIL PESOS MCTE (\$3,500,000.00), 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:	ALVARO ENRRIQUE BENEDETTI RONCALLO							
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit:	Número:	73575354	DV:	
Dirección:	CL 129 56 13 AP 602							
Número de Teléfono:	0	FAX:		CEL:	3005121208			
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros:	X	Número:	03950284357	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: Jun 8 2023	
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: PAGO No. 3. Valor del cobro \$2.683.333 según consta en el acta de terminación suscrita. Donde se acepta la renuncia del contratista hasta el día 31 de mayo de 2023							
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:							
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión				
	Valor pagado	\$175,000.00	Periodo	MAYO	Valor pagado	\$224,000.00	Periodo	MAYO
	Comprobante de pago Número:	9452072678			Comprobante de pago Número:	9452072678		
	Fecha de pago:	Jun 7 2023			Fecha de pago:	Jun 7 2023		
	Aportes a ARL			NOTA:				
	Valor pagado	\$7,308.00	Periodo	MAYO				
	Comprobante de pago Número:	9452072678						
Fecha de pago:	Jun 7 2023							
SOLICITUD DE PAGO	Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:							
APLICACION RETENCION	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.							
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: F8FFBB12-7649-4A72-814B-4D9F5BA50D8F

NOMBRE CONTRATISTA: ALVARO ENRRIQUE BENEDETTI RONCALLO

C.C.: 73575354



FIRMA SUPERVISOR 1938CAB9-D57E-4E46-B158-AF0A9CA8B35F

NOMBRE SUPERVISOR: ADRIANA MARGARITA TRUCCO DE LA HOZ

CARGO: SECRETARIA PRIVADA

