	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:	7/9/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$12,800,000.00			Valor a Pagar:	$3,200,000.00
Número:	3360	Fec. Suscripción:	Ago 1 2023	Fecha de iniciación:	Ago 1 2023
N° CDP:	957	Fecha:	Jul 11 2023	Fecha de terminación:	Nov 30 2023
N° RP:	7087	Fecha:	Ago 1 2023	Duración:	Meses 4 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Ago 1 2023 - Ago 31 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 Privada de la gobernación de bolívar

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de DOCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE (12,800,000.00) ; 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 DOSCIENTOS MIL PESOS MCTE ($3,200,000.00), 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:	**RAIMUNDO JOSE NAVAS SUAREZ**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	9137505	DV.	
Dirección:	MANGA AV ASAMBLEA EDI.SANTA ELENA								
Número de Teléfono:	6583291		FAX:			CEL.	3116915983		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**0550488411962472**	Banco:	**Davivienda**	

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: Sep 7 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: cumplí con el objetivo contractual

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$145,000.00	Periodo	AGOSTO	Valor pagado	$185,600.00	Periodo	AGOSTO
Comprobante de pago Número:		9453337947		Comprobante de pago Número:		9453337947	
Fecha de pago:		Sep 5 2023		Fecha de pago:		Sep 5 2023	

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$6,100.00	Periodo	AGOSTO	Ninguna
Comprobante de pago Número:		9453337947		
Fecha de pago:		Sep 5 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: 84F1F743-FBF7-4300-A43A-78A9368301F2

NOMBRE CONTRATISTA: RAIMUNDO JOSE NAVAS SUAREZ

C.C.: 9137505

FIRMA SUPERVISOR 1EF8EFF6-C137-4E84-A60E-1E1A2F2F931B

NOMBRE SUPERVISOR: ADRIANA MARGARITA TRUCCO DE LA HOZ

CARGO: SECRETARIA PRIVADA