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

Dependencia:	SECRETARIA DE LA MUJER Y EQUIDAD DE GENERO	Fecha:	18/10/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$21,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,500,000.00
Número:	2880	Fec. Suscripción:	Jun 28 2023	Fecha de iniciación:	Jun 28 2023
N° CDP:	834	Fecha:	Jun 20 2023	Fecha de terminación:	Dic 27 2023
N° RP:	5898	Fecha:	Jun 28 2023	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Ago 28 2023 - Sep 27 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 las funciones de la Secretaria de Mujer Para la Equidad de Genero y Asuntos Sociales de la Gobernación de Bolívar

FORMA DE PAGO: El valor total estimado del contrato es la suma de VEINTIUN MILLONES DE PESOS MCTE ($21,000,000.00) ; 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:	**BLEIDIS VANESSA QUINTANA PEREZ**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1047437505	DV.	
Dirección:	brr el campéstre								
Número de Teléfono:	.			FAX:			CEL.	3185970359	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**830965257**	Banco:	**BANCO DE OCCIDENTE**	

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: Oct 18 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: Cuenta No. 3

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud		**Aportes a Pensión**	
Valor pagado	$246,600.00	Valor pagado	$315,600.00
Periodo	SEPTIEMBRE	Periodo	SEPTIEMBRE
Comprobante de pago Número:	4522508326	Comprobante de pago Número:	4522508326
Fecha de pago:	Oct 17 2023	Fecha de pago:	Oct 17 2023

Aportes a ARL		**NOTA:**
Valor pagado	$10,400.00	Cuenta No. 3
Periodo	SEPTIEMBRE	
Comprobante de pago Número:	4522508326	
Fecha de pago:	Oct 17 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: 8A38CDC9-18DE-4008-869F-2F568DD69F99

NOMBRE CONTRATISTA: BLEIDIS VANESSA QUINTANA PEREZ

C.C.: 1047437505

FIRMA SUPERVISOR 7D77D974-DDBA-4431-B742-5D7313080537

NOMBRE SUPERVISOR: SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ

CARGO: SECRETARIA DE MUJER PARA LA EQUIDAD DE GENERO Y ASUNTOS SOCIALES