	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:	3/11/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$14,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,500,000.00
Número:	2654	Fec. Suscripción:	Jun 5 2023	Fecha de iniciación:	Jun 5 2023
N° CDP:	203	Fecha:	Feb 17 2023	Fecha de terminación:	Oct 4 2023
N° RP:	5170	Fecha:	Jun 5 2023	Duración:	Meses 4 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Ago 5 2023 - Sep 4 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 actividades propias de la oficina de cobro coactivo de las Secretaría de Hacienda 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) ; 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), 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. PARÁGRAFO: El contratista podrá recibir recursos por concepto de gastos de viaje y tiquetes aéreos, para que se traslade fuera de la ciudad en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual y debidamente autorizadas, previa solicitud del supervisor del contrato. Para efectos del reconocimiento y pago de los tiquetes aéreos y gastos de viaje, se tomará el valor mensual del contrato como base de liquidación de los mismos, de acuerdo con la escala vigente aplicable a la Gobernación de Bolívar

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**NESTOR EUGENIO IMBETH TAMARA**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	92533114	DV.	
Dirección:	URB VILLA CARMEN								
Número de Teléfono:	0			FAX:			CEL.	3012104010	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**463622028816**	Banco:	**BANCO AGRARIO**	

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: Nov 3 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: ninguna

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$185,800.00	Periodo AGOSTO	Valor pagado	$237,800.00	Periodo AGOSTO
Comprobante de pago Número:	4522155921		Comprobante de pago Número:	4522155921	
Fecha de pago:	Nov 2 2023		Fecha de pago:	Nov 2 2023	

Aportes a ARL			**NOTA:**
Valor pagado	$7,900.00	Periodo AGOSTO	no
Comprobante de pago Número:	4522155921		
Fecha de pago:	Nov 2 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: 29C3A812-EBD0-40FA-86E8-6FE4255D428C

NOMBRE CONTRATISTA: NESTOR EUGENIO IMBETH TAMARA

C.C.: 92533114

FIRMA SUPERVISOR F6BB85C1-A7C1-4FF1-ABA6-BF11C8C77035

NOMBRE SUPERVISOR: JOSE CARLOS MENDEZ GALVIS

CARGO: JEFE DE OFICINA COBRO COACTIVO