	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:	21/11/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$12,000,000.00			Valor a Pagar:	$4,000,000.00
Número:	4585	Fec. Suscripción:	Sep 20 2023	Fecha de iniciación:	Sep 20 2023
N° CDP:	934	Fecha:	Jul 5 2023	Fecha de terminación:	Dic 19 2023
N° RP:	9739	Fecha:	Sep 20 2023	Duración:	Meses 3 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Oct 20 2023 - Nov 19 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 de Mujer para la Equidad de Género y Asuntos Sociales.

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 CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE ($4,000,000.00), 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 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:	**ANA AMELIA GERDTS DAGER**								
Identificación:	Tipo de documento: Cédula	X	Nit.		Número:	1047449083		DV.	
Dirección:	BRR BOCAGRANDE CR 5 5 101								
Número de Teléfono:	.		FAX:			CEL.	3205698808		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**78564754420**	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: Nov 21 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: .

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado	$200,000.00	Valor pagado	$256,000.00
Periodo	OCTUBRE	Periodo	OCTUBRE
Comprobante de pago Número:	67131302	Comprobante de pago Número:	67131302
Fecha de pago:	Nov 21 2023	Fecha de pago:	Nov 21 2023

Aportes a ARL		NOTA:
Valor pagado	$8,400.00	
Periodo	OCTUBRE	
Comprobante de pago Número:	67131302	
Fecha de pago:	Nov 21 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: C10BEDA5-D8FB-489B-A6B0-6C6A1DEB2801

NOMBRE CONTRATISTA: ANA AMELIA GERDTS DAGER

C.C.: 1047449083

FIRMA SUPERVISOR ADB21D1F-1632-4345-AEF3-04CCD8E055C3

NOMBRE SUPERVISOR: SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ

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