ITBOY	SISTEMA DE GESTIÓN - MiPG	Código: FR-ADF-05
	PROCESO	Versión: 11
	ADMINISTRACIÓN FINANCIERA	Página 1 de 1
	LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA TRAMITE DE CUENTAS	Fecha Aprobación: 08-05-2018

INFORMACIÓN GENERAL

Contrato No:	CD-ITBOY-007-2024	Nombre del Supervisor / Interventor: NESTOR ALVARADO BARRERO	Nombre del Contratista: MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA MORENO

Tipo de Contrato: Prestación de Servicio [ ] Colsultoría [ ] Suministro [ ] Arrendamiento [X] Compra Venta [ ] Obra [ ]

No de Acta Parcial/Final:	9	Fecha de Inicio	1/02/2024	Fecha Finalización:	31/12/2024
Valor del Contrato:	$ 85.359.165,00	Forma de pago:	ACTAS PARCIALES	Pago Número	9 de: 11
Valor a Pagar:	$ 7.759.924,00	Periodo de Corte:	1 AL 30 de octubre de 2024		

DESCRIPCIÓN (Adicionales, Otro Sí, Prórrogas)

No. ADICIONAL	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	OBJETO DE LA PRÓRROGA/ADICIONAL	ADICIÓN/VALOR	PRORROGA/PLAZO

REQUISITOS PARA PAGO POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN SERVICIOS, CONVENIOS O ADQUISICIÓN DE BIENES

DESCRIPCIÓN PARA PRIMER PAGO Y PAGOS PARCIALES	ESTADO		
	Cumple	No Cumple	No Aplica
Revisar y verificar en la **Carpeta del Contrato**: Acta de Inicio, Objeto del contrato, CDP, RP, acta de aprobación de póliza (si aplica)			
Factura original o su equivalente; **cuenta de cobro en original y Copia** (persona Natural) - (En el caso de factura de venta debe cumplir con los requisitos establecidos en el Art. 617 del Estatuto Tributario)			
Informe de supervisión que contenga periodo de corte que corresponde- recibo a satisfacción de bienes o servicios o avances de obra - debidamente diligenciado - FR -GEJ-15			
Acta de recibo parcial y balance presupuestal - debidamente liquidado (Diligenciada y firmada por el Contratista, aprobada/firmada por el Supervisor/Interventor) FR-GEJ-13			
Planilla y recibo de pago de **Aportes de Seguridad Social-** pensión y riesgos laborales (Persona natural - Que la base de pagos de aportes a salud, pensión y ARL sea sobre el 40 % del valor del pago parcial) - Para persona jurídica revisar declaración juramentada de pago de aportes parafiscales y seguridad social suscrito por el Representante Legal o el Revisor Fiscal. Confirmar que los pagos correspondan al periodo de corte de la cuenta.			
Certificación en aplicación al Decreto 1070 de 2013, dirigida a la Oficina de Tesorería, igualmente se debe incluir numeral donde el contratista certifica que el valor de aportes al Sistema de Seguridad Social corresponde al 40% del valor de los Ingresos recibidos durante el mes a cobrar			
Revisar la Carpeta del Contrato: Verificar la Forma de pago y confirmar que el número de cuenta/pago solicitado corresponda			
Comprante de Ingreso a almacén para los contratos de adquisición de bienes o elementos			

DESCRIPCIÓN -REQUISITOS ADICIONALES PARA PAGO FINAL	ESTADO		
	Cumple	No Cumple	No Aplica
Comprante de Ingreso a almacén para los contratos de adquisición de bienes o elementos			
Acta de entrega y recibo final del objeto - obligaciones contractuales (Debidamente diligenciada, firmada por el Contratista y Supervisor/Interventor) FR-GEJ-14			
Acta de liquidación de contrato (Debidamente diligenciada, firmada por el Contratista y Supervisor/Interventor) FR-GEJ-15			

OBSERVACIONES- CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN DE LA CUENTA

Revisado por:	Nombre	Firma	Fecha de Diligenciamiento		
	Nancy Marcela Ruiz Barrera		DIA	MES	AÑO
	CARGO: Jefe Oficina Jurídica (E)		07	10	24

ITBOY	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL "ITBOY"	Código: FR-GEJ-13
	PROCESO	Versión: 2
	GESTION JURIDICA	Pág.: 1 de 1
	ACTA DE SEGUIMIENTO, VERIFICACION Y RECIBO PARCIAL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	Fecha de Aprobación: 10-08-2018

ACTA PARCIAL	No.	09	**FECHA ACTA:**	04/10/2024			
CONTRATO	X	**CONVENIO**		**No.**	CD-ITBOY-007	**DE FECHA:**	31/01/2024
OBJETO	ARRENDAMIENTO DE UN BIEN INMUEBLE PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PUNTO DE ATENCIÓN EN EL MUNICIPIO DE COMBITA DEL INSTITUTO DE TRANSITO DE BOYACA.						
CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL	MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA MORENO					NIT:	
						C.C:	19.313.189
SUPERVISOR / INTERVENTOR	NÉSTOR ALVARADO BARRERO					NIT:	
						C.C:	6.764.658
VALOR INICIAL	$ 85.359.165,00						
VALOR CON MODIFICATORIO	N/A						
VALOR CON ADICIONES	N/A						
FECHA DE INICIO	01/02/2024				**PLAZO CON ADICIONES**	11 MESES	
ACTA DE SUSPENSIÓN	N/A				**ACTA DE REINICIACIÓN**	N/A	
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2024				**PERIODO AUTORIZADO A PAGAR**	OCTUBRE	
REGISTRO PRESUPUESTAL N°	029	**FECHA:**	31/01/2024		**CODIGO O RUBRO N°**	212020200703	

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	$85.359.165	
Valor aporte otra Entidad		
Anticipo		
Amortización del anticipo		
Valor de la presente acta seguimiento y recibo a Satisfacción **09** N°		$7.759.924
Valor actas pagadas		$62.079.392
Saldo por ejecutar		$15.519.849
Sumas iguales	**$85.359.165**	**$85.359.165**

El suscrito SUPERVISOR o INTERVENTOR del Contrato o Convenio en mención, manifiesto que he recibido a satisfacción el informe correspondiente al periodo de pago mencionado, presentado por el CONTRATISTA, quien cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas en el contrato; igualmente certifico que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión y riesgos profesionales de acuerdo a la(a) planilla(s) N° N/A

N/A del mes _____ de conformidad con la normatividad vigente.

En visita al lugar de los trabajos y/o en la entrega de los bienes, servicios y demás, se constató que lo jecutado está de acuerdo con el porcentaje* equivalente al 82% del total del contrato, encontrándose como soportes los informes allegados junto con sus anexos que hacen parte de la presente acta.

*En los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, el porcentaje se determinará según el tiempo ejecutado del plazo total del contrato.

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

19313189

NÉSTOR ALVARADO BARRERO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR
Nombre y firma

MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA MORENO
CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL
Nombre y firma

*El informe, las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista y/o interventor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan la verficación de las entregas de la información de la prestación de servcios , los suminstros de bienes y servicios, así mismo, las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor o Supervisor.

Se verificaron y se constaron los pagos en el valor y monto correspondiente a seguridad Social (Pension, Salud, Arl y parafiscales (cuando aplique), es decir el 40% del valor del contrato.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES: FACTURA FE 384

ADJUNTAR CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
(CUANDO EL OBJETO DEL CONTRATO ASI LO REQUIERA, DEJAR INFORME COMPLETO EN LA CARPETA UNIDAD DOCUMENTAL OFICINA JURIDICA)

Original: Archivo Carpeta Oficina Juridica

Copia: Oficina de Tesoreria, Contratista, Supervisor y/o Interventor

Rad No. 2024-0110-000912-2
Usu Radicador: LAGUILAR - Fecha Rad 2024-10-07 10:25
Destino: SUBGERENCIA ADMINISTRAT
Rem/Des: MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEBA MORENO
Asunto: ACTA PARCIAL N°9 ARRIEN
ITBOY

MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA MORENO
NIT 19.313.189-6
Km 3 Via Tunja - Paipa
Tel: (038) 3102564426
Cómbita - Colombia
contabilidadmiguelsimba@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 384

Señores	INSTITUTO DE TRANSITO DE BOYACA ITBOY		
NIT	891.801.069-8	**Teléfono**	(038) 7450909
Dirección	CR 2 72 43 BRR SUAMOX	**Ciudad**	Tunja - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	04/10/2024, 14:24
Expedición	04/10/2024, 14:24
Vencimiento	31/10/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CANON ARRENDAMIENTO CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES MES DE OCTUBRE	1.00	7,759,924.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Siete millones setecientos cincuenta y nueve mil novecientos veinticuatro pesos m/cte

Total Bruto	6,520,944.54
IVA 19%	1,238,979.46
Total a Pagar	7,759,924.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-10-31 por $ 7,759,924.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764074329040 aprobado en 20240703 prefijo FE desde el número 359 al 1000 Vigencia: 6 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 6810 Actividades inmobiliarias realizadas con bienes propios o arrendados Tarifa 0
CUFE: 799df52ee8ae32f14b289fafaafd41373c64fc45f9d7223e89e5ccb4b8bb46ca4b06ca135e3eefc71386887dd753fe42

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

ITBOY	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL "ITBOY"	Código: FR-GEJ-15
	PROCESO	Versión: 1
	GESTION JURIDICA	Pág.: 1 de 1
	INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA	Fecha de Aprobación: 09-08-2016

ACTA PARCIAL Y/O INFORME N°	09
FECHA ACTA Y/O INFORME	04/10/2024
CONTRATO y/o CONVENIO	N° CD-ITBOY-007 DE 2024
CONTRATISTA	MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEBA MORENO
SUPERVISOR/ INTERVENTOR	NÉSTOR ALVARADO BARRERO
RUBRO PRESUPUESTAL	212020200703
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	MES DE OCTUBRE DE 2024

VALOR INICIAL	$ 85.359.165,00
VALOR CON ADICIONES	N.A
FECHA DE INICIO	1/02/2024
PLAZO CON ADICIONES	11 MESES
ACTA DE SUSPENSIÓN	N.A
ACTA DE REINICIACIÓN	N.A
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2024

OBJETO	ARRENDAMIENTO DE UN BIEN INMUEBLE PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PUNTO DE ATENCIÓN EN EL MUNICIPIO DE COMBITA DEL INSTITUTO DE TRANSITO DE BOYACA.

REPORTE DEL CONTRATISTA							REPORTE SUPERVISOR Y/ INTERVENTOR
ITEM		ACTIVIDADES EJECUTADAS	Verificacion de Actividades				Fuente de Verificacion y/o anexos
			T(1)	P(2)	N(3)	NR(4)	
	ARRENDAMIENTO DE UN LOCAL PARA EL FUNCIONAMIENTO DE UN PUNTO DE ATENCION DEL ITBOY Y UN LOCAL PARA EL ARCHIVO UBICADO EN COMBITA BOYACA	CUMPLIMIENTO DE ARRENDAMIENTO	X				

* Adicione filas si es necesario

Anexar panillas pagos Seguridad Social y parafiscales (cuando aplique) o certificacion revisor fiscal (cuando aplique)

PERIODO DE PAGO (MES)	FECHA DE PAGO	VALOR HONORARIOS $ MENSUALES $	40% HONORARIOS MENSUAL (SMMLV $)	APORTES					
				SALUD		PENSIONES		RIESGOS PROFESIONALES	
				%	12,5	%	16	%	0,522
			#¡VALOR!	VALOR ($)	#¡VALOR!	VALOR ($)	#¡VALOR!	VALOR ($)	#¡VALOR!
				VALOR TOTAL DE APORTES ($) OBLIGATORIO					#¡VALOR!
			VALOR PAGADO EN PLANILLA	VALOR ($)		VALOR ($)		VALOR ($)	
				VALOR TOTAL DE APORTES ($) OBLIGATORIO					$0,00

* Transcriba en su totalidad, las definidas en los estudios previos.

** Esta casilla debe ser diligenciada por el supervisor, previa verificación de los documentos ó archivos magnéticos soporte del cumplimiento de la actividad

(1).Se cumplió en su **totalidad** la actividad definida

(2).Se cumplió **parcialmente** la actividad definida y permite su cumplimiento total en los siguientes reportes

(3). Fue requerida la actividad, pero **no se evidenció** su realización en el periodo.

(4). **No fue requerida** para el periodo, luego no aplica reporte.

FIRMA SUPERVISOR

*Adicione firmas si es necesario

*.Suprima firmas del contratista para contratos de arrendamiento