	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	Código:FAD-024 Versión: 5.0 Fecha: 01/02/2018

Dependencia:	DIRECCION OPERATIVA	Fecha:	1/10/2024

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$33,320,000.00			Valor a Pagar:	$9,996,000.00
Número:	CO1.PCCN TR.6162307	Fec. Suscripción:	Abr 2 2024	Fecha de iniciación:	Abr 2 2024
N° CDP:	60	Fecha:	Mar 1 2024	Fecha de terminación:	Jul 1 2024
N° RP	191	Fecha	Abr 2 2024	Duración:	Meses 9 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción. CERTIFICACION BANDERA AZUL			Periodo a pagar:	Abr 2 2024 - May 1 2024
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ASESORÍA, APOYO ACOMPAÑAMIENTO SEGUIMIENTO Y GESTIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA RECERTIFICACIÓN BLUE FLAG INTERNACIONAL EN EL MARCO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA VIGILANCIA DE LAS PLAYAS DEL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS con código BPIN 2021130010279

FORMA DE PAGO:

DISTRISEGURIDAD pagará a EL CONTRATISTA como contraprestación por los servicios prestados la suma correspondiente a cada contrato, los cuales se pagarán así: ? Un primer pago del treinta por ciento (30%) del valor total del contrato, previo cumplimiento de los requisitos de ejecución y suscripción del acta de inicio a título de pago anticipado ? Un segundo pago parcia del 30% del valor del contrato, a partir del 12 de agosto de 2024, para lo cual se debe haber cumplido con la entrega del Formulario de postulación "Application form Blue Flag Beach" debidamente diligenciado, la revisión de la carpeta digital (Application form Blue Flag Beach con soportes y/o evidencias - informe de actividades de revisión por parte de ACODAL) y la entrega de resultado de la evaluación del jurado nacional. ? Un último pago del restante 40% del valor del contrato, el 02 diciembre del 2023, con la entrega de: ENTREGABLE: o De pasar la candidatura el filtro del jurado nacional, informe del resultado de la evaluación del Jurado Internacional sobre la Recertificación. o De No pasar la candidatura el filtro del jurado nacional, informe con las conclusiones y sugerencias por parte de ACODAL. Los pagos se realizarán previo cumplimiento de los requisitos de ejecución; dentro de los diez (10) días siguientes a la radicación de la cuenta de cobro o factura, acompañada de la certificación de recibido a satisfacción del servicio prestado suscrita por el supervisor, y la respectiva planilla de pago de sus aportes al sistema integral de seguridad social (salud, pensión y ARL). Las cuentas o facturas deberán ser radicadas en la oficina de archivo y correspondencia (Edificio Inteligente Chambac Oficina 609) o enviada de manera digital (Virtual) al correo operaciones@distriseguridad.gov.co. Las facturas o cuentas de cobro deberán ir acompañadas de los siguientes documentos: 1. Informe que contenga el cumplimiento de las obligaciones contractuales y los productos entregables estipulados en el contrato avalado por el Supervisor del Contrato. 2. Factura de pago o cuenta de cobro. 3. Copia del RUT. 4. Certificación de cuenta Bancaría. 5. Certificación expedida por el Representante Legal o revisor fiscal según corresponda, acreditando el pago de los aportes de los empleados a los sistemas de salud, pensión, ARL, y parafiscales con una vigencia no inferior a 6 meses anteriores a la fecha de celebración del contrato y durante la vigencia de este. Todos los documentos para pago deberán ser avalados por el supervisor de Distriseguridad, en un término de Diez (10) días hábiles después de recibidos los documentos para el pago.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**ASOCIACION COLOMBIANA DE INGENIERIA SANITARIA Y AMBIENTAL ACODAL SECCIONAL CENTRO**										
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula		Nit.	X		Número	830052783-2		DV	
Dirección:	DG 60 22 20										
Número de Teléfono:				FAX:				CEL.	3118011125		
Clase y número de cuenta:	Corriente:	**X**	Ahorros		Número:	**20575825701**		Banco:	**BANCOLOMBIA**		

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:		Persona Jurídica:	X
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	
	He verificado de esta información frente al RUT:		SI:	X

Regimen: **COMUN**

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 1 2024

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: Los datos de información bancaria y financiera no son avalados por el supervisor, el área administrativa debe realizarlo.

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
Valor pagado	$2,306,300.00	Periodo	OCTUBRE	Valor pagado	$3,082,000.00	Periodo	OCTUBRE
Comprobante de pago Número:		7940205292		Comprobante de pago Número:		7940205292	
Fecha de pago:		Oct 1 2024		Fecha de pago:		Oct 1 2024	

Aportes a ARL			
Valor pagado	$163,500.00	Periodo	OCTUBRE
Comprobante de pago Número:		7940205292	
Fecha de pago:		Oct 1 2024	

NOTA:

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.

Anexos: Copia de aporte de pensión **SI** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro

FIRMA CONTRATISTA: 2ED0ECDA-7471-42CE-BC79-026CF3F5157E

NOMBRE CONTRATISTA: ASOCIACION COLOMBIANA DE INGENIERIA SANITARIA Y AMBIENTAL ACODAL SECCIONAL CENTRO

C.C.: 830052783-2

FIRMA SUPERVISOR 50A0D437-6389-49F4-A8DC-304E70ECD231

NOMBRE SUPERVISOR: LUIS FELIPE RECIO SARMIENTO

CARGO: P.E. OPERATIVO CODIGO 222 GRADO 1

