GOBERNACIÓN DEL CESAR
INFORME DE ACTIVIDADES

CA122824016
28-12-2024 10:29:27 a.m.

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos	FABIO MONTAÑO MARTINEZ	c.c o NIT	77028048	Teléfono	3116558667
Clasificación P.N	N/A	Dependientes	NO	¿Es Pensionado?	NO
Régimen	RESPONSABLE DE IVA	Pens. Voluntarias	$ 0,00	¿Es Declarante de Renta?	SI
No. Cuenta Bancaria	657091278			Intereses Vivienda	$ 0,00
Tipo de Cuenta	AHORRO	Aportes AFC	$ 0,00	Tipo de Cuenta AFC	
Banco al cual Consignar	BANCO DE BOGOTA	Cuenta AFC No.		Entidad Bancaria AFC	
				¿Sus Ingresos en el 2023 Superaron $ 59.377.000,00?	SI

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

No. del contrato	2024010029	No. RP	2594	Modalidad Contratación	MÍNIMA CUANTÍA	Informe No.	8 de 8
No. del Proceso SECOP II	CO1.PCCNTR.6228537	Periodo Cobrado	del 19/11/2024 al 18/12/2024		¿Factor Multiplicador en Retefuente?		NO
Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Justificación de la Modalidad			PRESUPUESTO INFERIOR AL 10% DE LA MENOR CUANTIA		

OBJETO
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE FUMIGACIÓN CONSISTENTE EN EL CONTROL INTEGRADO DE PLAGAS (INSECTOS RASTREROS, INSECTOS VOLADORES POR CONTACTO DIRECTO, ROEDORES MENORES, CONTROL DE VIRUS Y BACTERIAS) AL IGUAL QUE EL TRATAMIENTO ESPECIAL CONTRA COMEJÉN Y OTRAS PLAGAS EN GENERAL QUE AFECTAN LA SALUD PÚBLICA EN TODO EL EDIFICIO DE LA GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR Y SUS ENTES ADSCRITOS

FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS
El Departamento del Cesar, cancelará el valor del contrato que se derive de este estudio previo de la siguiente manera: El valor total que genere el presente contrato se cancelará en PAGOS mensuales, posteriores a la presentación de la respectiva factura, recibo a satisfacción del objeto del contrato por parte del supervisor, y llevados a cabo los demás trámites administrativo de ley. EL contratista para todos los pagos debe presentar el paz y salvo de los pagos al sistema de seguridad social integral (SALUD, PENSIÓN, A.R.P) y PARAFISCALES, cuando a ello haya lugar, conforme a los porcentajes que exige la ley. Para el pago total de este, el Contratista deberá soportar este pago con el acta de liquidación del contrato siempre.

No. de Poliza	Amparo	Valor Amparado	Vigencia Desde	Vigencia Hasta
320-47-994000028507	CUMPLIMIENTO	$ 8.450.000,00	19/04/2024	19/06/2025
320-47-994000028507	CALIDAD DEL SERVICIO	$ 8.450.000,00	19/04/2024	19/06/2025
320-47-994000028507	CALIDAD DE LOS BIENES	$ 12.675.000,00	19/04/2024	19/06/2025

Valor Antes de Iva	$ 13.500.000,00
Más: IVA	$ 2.565.000,00
Valor Total	$ 16.065.000,00
Menos: Amortización	$ 0,00
Menos: Glosa antes IVA	$ 0,00
Menos: Glosa IVA	$ 0,00
Valor Total Glosado	$ 0,00
Valor Neto a Cobrar	$ 16.065.000,00

DOCUMENTO SOPORTE DEL COBRO	
Cuenta de Cobro	☐
Factura	☒
Inf. de Actividades	☐

SOLO PARA CONTRATOS DE OBRA		
Administración	0 %	$ 0,00
Imprevistos	0 %	$ 0,00
Utilidades	0 %	$ 0,00

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Mes Cotizado	No. Planilla	Salud	Pensión	ARL	Parafiscales	Total
NOVIEMBRE - 2024	9478720634	$ 260.000,00	$ 1.040.000,00	$ 452.500,00	$ 260.000,00	$ 2.012.500,00

PAGO DE IMPUESTOS

Impuesto	No. Liquidación	Valor Base	Tarifa	Valor Impuesto
ESTAMPILLA PRO-UNIVERSIDAD	32024011303	$ 71.008.403,00	0,5 %	$ 355.000,00
ESTAMPILLA PRO-DEPARTAMENTAL	32024011302	$ 71.008.403,00	1,0 %	$ 710.000,00
ESTAMPILLA PRO-CULTURA	32024011302	$ 71.008.403,00	1,0 %	$ 710.000,00
ESTAMPILLA PRO-FRONTERIZO	32024011302	$ 71.008.403,00	1,5 %	$ 1.065.000,00

PARA LOS EFECTOS LEGALES Y BAJO GRAVEDAD DEL JURAMENTO, MANIFIESTO QUE

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual descritas en el formato anexo.
2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, que los aportes Voluntarios a cuentas AFC y FVP, corresponden a los ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato.
3. Que pertenezco a la categoría descrita en la casilla "Clasificación P.N."
4. Toda la información aquí suministrada es verídica.

RADICADO

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE EN SIRCC II
#FE122724614

FABIO MONTAÑO MARTINEZ
CONTRATISTA

DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos	FABIO MONTAÑO MARTINEZ			c.c o NIT	77028048	Teléfono	3116558667
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
No. del contrato	2024010029	No. RP	2594	Modalidad Contratación	MÍNIMA CUANTÍA	Informe No.	8 de 8
No. del Proceso SECOP II	CO1.PCCNTR.6228537	Periodo Cobrado	del 19/11/2024 al 18/12/2024		¿Factor Multiplicador en Retefuente?		NO
Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS		Justificación de la Modalidad		PRESUPUESTO INFERIOR AL 10% DE LA MENOR CUANTIA		

ITEM	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES
1	El contratista se compromete a prestar el servicio de fumigación a todo costo de las instalaciones de la Gobernación del Departamento del Cesar y entes adscritos, de manera oportuna, y de conformidad con las necesidades presentadas al respecto.	Se cumplió con la prestaciones de servicios solicitados por la entidad
2	El Contratista se someterá al horario y días estipulados por la administración para realizar las fumigaciones.	Se cumplió con la prestaciones de servicios solicitados por la entidad en los horarios establecidos
3	Cumplir con la obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, SENA e ICBF) de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, en concordancia con la Ley 828 del 10 de julio de 2003 y demás normas aplicables, por cual anexo a la factura de cobro deberá allegar la Certificación expedida por el revisor Fiscal o representante legal, según corresponda, con la cual acredite el pagos de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral.	Se cumplio con la obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, SENA e ICBF) de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, en concordancia con la Ley 828 del 10 de julio de 2003 y demás normas aplicables, por cual anexo a la factura de cobro deberá allegar la Certificación expedida por el revisor Fiscal o representante legal, según corresponda, con la cual acredite el pagos de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral.