RECIBIDO: M/2
FECHA: 16/10/24

AUTORIZACIÓN PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN

146

Ciudad y Fecha: Yopal, 15/10/2024	Número y fecha del Contrato No. Secop II CAS-OAJ-CDPSP-0783-2024 y No Interno 01143 de 2024-05-27

CPSP ☒ CPSAG ☐ Periodo de pago: DE 04/09/2024 A: 03/10/2024 Informe No. 4 de 4

UNIDAD EJECUTORA:
(Oficina Asesora Jurídica)

1. **INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.**

Nombres y Apellidos del Contratista: DENNY ANDREA PINZON QUINTERO No. de Identificación: 53.105.051 DV- 0
Información tributaria: Responsable de IVA ☐ No responsable de IVA ☒ Régimen ordinario ☐ Régimen especial ☐ No declarante ☒ Régimen simple de tributación ☐ Facturador electrónico ☐ No obligados a facturar ☒
Fecha de actualización RUT: 23/05/2024

Objeto del Contrato:
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ADMINISTRACION Y MANEJO DE LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL DE REGISTRO, EVALUACIÓN, REVISIÓN, ADJUDICACIÓN Y PUBLICACIÓN DE CONTRATACIÓN PUBLICA COLOMBIA COMPRA EFICIENTE SECOP DE LA GOBERNACION DE CASANARE

Nombre del Proyecto de Inversión: N/A	Código BPIN: N/A
Plazo de Ejecución: Cuatro (04) meses	Meses Ejecutados: cuatro (04) meses
Fecha de suscripción del Acta de Inicio: 04/06/2024	Fecha de Terminación: 03/10/2024

ESTADO FÍSICO:
Hasta la fecha 03/10/2024 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 100%, contra una programada de 100%.del Total.

A. Estado financiero: (incluir adicional, si aplica)

Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 17.492.428.00
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 17.492.428.00
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 0
Valor a Pagar mensualmente (valor en No. y letras):	$ Cuatro millones trescientos setenta y tres mil ciento siete pesos M/CTE ($ 4.373.107.00)
Saldo a favor del Departamento:	$ 0.00
Forma de Pago (Diligencie según minuta): El valor del presente contrato se pagará mediante cuatro (04) actas parciales vencidas, cada una por valor de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CIENTO SIETE PESOS M/CTE ($4.373.107), los pagos se realizarán previa presentación del informe por parte del contratista, la acreditación que se encuentran al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral y la aprobación por parte del supervisor del contrato.	
Cuenta bancaria autorizada para Giro:	Tipo: Cuenta Ahorros N° 091800011859 Entidad Financiera: DAVIVIENDA

VoBo. _____

8

B. Información presupuestal (Diligencie de acuerdo a la información del contrato y/o adicional o prórroga)

Contrato Inicial	Concepto	Fuente	Número	Fecha	Valor
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	B.1.121000.2.1.2. 02.02.008.29	2401878	24/05/2024	17.492.428.00
	Registro Presupuestal	B.1.121000.2.1.2. 02.02.008.29	24001143	28/05/2024	17.492.428.00
Contrato Adicional y/o Prórroga	Certificado de Disponibilidad Presupuestal				
	Registro Presupuestal				
	Plazo meses y/o días):	Fecha Suscripción:		Nueva Fecha Terminación Contrato:	

C. Información de acta de suspensión, ampliación y reinicio o cesión de contrato (Diligencie si aplica)

Concepto		Número	Fecha	Tiempo
Acta de Suspensión			dd-mm-aaaa	# Meses y # días.
Acta de Ampliación de suspensión			dd-mm-aaaa	# Meses y # días.
Acta de Reiniciación			dd-mm-aaaa	**N.A.**
Cesión de Contrato	C.C Cesionario: xxxxx	Resolución No: xxxxx	Fecha de Registro Contrato: dd-mm-aaaa	Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa

2. **INFORMACIÓN RECIBO DE CAJA OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y DERECHOS** (Agregue las filas y columnas que requiera)

	CONCEPTO	Estampilla Pro Cultura1%	Estampilla Pro Adulto Mayor 3%:	Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV)	Estampilla bomberil 1%	Estampilla pro-Unitropico
Contrato Inicial	Numero de recibo	24016263				
	Fecha	28/05/2024				
	Valor	$174.900.00	$	$	$	
Contrato Adicional	Numero de recibo					
	Fecha					
	Valor		$	$	$	$

3. **INFORMACIÓN DE PÓLIZAS** (Diligenciar solamente si aplica)

VoBo. _____

descripción de los amparos	%	contrato inicial	fecha constitución	fecha vencimiento	fecha aprobación pólizas
		dd-mm-aaaa	dd-mm-aaaa	dd-mm-aaaa	dd-mm-aaaa

4. **PAGOS DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL.** (Diligenciar las casillas que apliquen y anexar planillas del sistema de seguridad social integral)

oncepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
ALUD	12.5	80589460	$2.000.000	$250.000	$250.000	SEPTIEMBRE	SANITAS
ENSIÓN	16	80589460	$2.000.000	$320.000	$320.000	SEPTIEMBRE	COLPENSIONES
RL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	1	80589460	$ 10.500	POSITIVA			

oncepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
ALUD	12.5	80756425	$2.000.000	$250.000	$250.000	OCTUBRE	SANITAS
ENSIÓN	16	80756425	$2.000.000	$320.000	$320.000	OCTUBRE	COLPENSIONES
RL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	1	80756425	$ 10.500	POSITIVA			

INFORMACIÓN DE RETENCIÓN DE INDUSTRIA Y COMERCIO (ICA)

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
Yopal	4.373.107.00	100

n fundamento en las leyes, reglas y principios vigentes que rigen los contratos de las entidades estatales, CERTIFICAMOS el mplimiento de las actividades, la verificación de las planillas que soportan el pago al Sistema de Seguridad Social Integral y las gaciones en general a cargo del contratista, en consecuencia, firmamos el presente documento, una vez verificada la información tenida y corroborada con los soportes que presenta, y AUTORIZAMOS el respectivo pago.

AUTORIZA

KAREN SOFIA SANTAFÉ AGUDELO
No 1.032.460.471 de Bogotá D.C.
Jefe Oficina Asesora Jurídica
Decreto 001 de 01-01-2024
Acta de posesión N° 0011 de 01/01/2024
Designación de supervisión: Clausula catorce (14) CAS-OAJ-CDPSP-0783-2024 y No Interno 01143 de 2024-05-27

evisó:

SUPERVISOR

KAREN SOFIA SANTAFÉ AGUDELO
No 1.032.460.471 de Bogotá D.C.
Jefe Oficina Asesora Jurídica
Decreto 001 de 01-01-2024
Acta de posesión N° 0011 de 01/01/2024
Designación de supervisión: Clausula catorce (14) del CAS-OAJ-CDPSP-0783-2024 y No Interno 01143 de 2024-05-27