	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	SECRETARIA JURIDICA	Fecha:	19/10/2020

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$9,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00
Número:	1507	Fec. Suscripción:	Sep 16 2020	Fecha de iniciación:	Sep 16 2020
N° CDP:	1066	Fecha:	Sep 8 2020	Fecha de terminación:	Dic 15 2020
N° RP:	4299	Fecha:	Sep 16 2020	Duración:	Meses 3 Días 0
Rubro Presupuestal:	Honorarios			Periodo a pagar:	Sep 16 2020 - Oct 15 2020

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 JURÍDICA

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE ($9.000.000) ; 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 TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000), 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). PARÁGRAFO: El contratista podrá recibir recursos por concepto de gastos de viaje y tiquetes aéreos, para que se traslade fuera de la ciudad en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual y debidamente autorizadas, previa solicitud del supervisor del contrato. Para efectos del reconocimiento y pago de los tiquetes aéreos y gastos de viaje, se tomará el valor mensual del contrato como base de liquidación de los mismos, de acuerdo con la escala vigente aplicable a la Gobernación de Bolívar.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**ROBERTO CARLOS CUMPLIDO CAMPO**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1047463263	DV.	
Dirección:	SAN ISIDRO CL SEGUNDA LABRADOR TV 53 53 70								
Número de Teléfono:	3004707303			FAX:			CEL.	3004707303	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**423182732**	Banco:	**BBVA**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X" Persona Natural: **x** Persona Jurídica: Regimen: **SIMPLIFICADO**

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: Oct 19 2020

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: -

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$150,000.00	Periodo	SEPTIEMBRE	Valor pagado	$192,000.00	Periodo	SEPTIEMBRE
Comprobante de pago Número:		7767119789		Comprobante de pago Número:		7767119789	
Fecha de pago:		Oct 13 2020		Fecha de pago:		Oct 13 2020	
Aportes a ARL				**NOTA:**			
Valor pagado	$6,300.00	Periodo	SEPTIEMBRE				
Comprobante de pago Número:		7767119789					
Fecha de pago:		Oct 13 2020					

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: ED34EFAD-4D33-4A96-92D1-5E78F5A7AD0C

NOMBRE CONTRATISTA: ROBERTO CARLOS CUMPLIDO CAMPO

C.C.: 1047463263

Firma Digital

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: JUAN MAURICIO GONZALEZ NEGRETE

CARGO: SECRETARIO JURÍDICO