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

| Dependencia: | SECRETARIA JURIDICA | Fecha: | 17/11/2020 |
|---|---|---|---|

**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: | Oct 16 2020 - Nov 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: Nov 17 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 | OCTUBRE | Valor pagado | $192,000.00 | Periodo | OCTUBRE |
| Comprobante de pago Número: | | 7770523876 | | Comprobante de pago Número: | | 7770523876 | |
| Fecha de pago: | | Nov 17 2020 | | Fecha de pago: | | Nov 17 2020 | |
| **Aportes a ARL** | | | | **NOTA:** | | | |
| Valor pagado | $6,300.00 | Periodo | OCTUBRE | | | | |
| Comprobante de pago Número: | | 7770523876 | | | | | |
| Fecha de pago: | | Nov 17 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:** F21CB914-399A-4445-8396-0983F5248B51

**NOMBRE CONTRATISTA:** ROBERTO CARLOS CUMPLIDO CAMPO

**C.C.:** 1047463263

51BFEDBA-6512-4843-87F4-8C32BA11F504

**FIRMA SUPERVISOR**

**NOMBRE SUPERVISOR:** JUAN MAURICIO GONZALEZ NEGRETE

**CARGO:** SECRETARIO JURÍDICO