

	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:	15/12/2020		
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:	Nov 16 2020 - Dic 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
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:
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: -				Dic 15 2020			
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:							
	Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
	Valor pagado	\$150,000.00	Periodo	NOVIEMBRE	Valor pagado	\$192,000.00	Periodo	NOVIEMBRE
	Comprobante de pago Número:	7773356237			Comprobante de pago Número:	7773356237		
	Fecha de pago:	Dic 11 2020			Fecha de pago:	Dic 11 2020		
	Aportes a ARL				NOTA:			
	Valor pagado	\$6,300.00	Periodo	NOVIEMBRE				
	Comprobante de pago Número:	7773356237						
Fecha de pago:	Dic 11 2020							
SOLICITUD DE PAGO	Persona Jurídica:				Anexa Certificación del Revisor Fiscal:			
					SI: NO:			
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: 90C9EFB9-8204-49ED-9731-5D7F7A53B7CD

NOMBRE CONTRATISTA: ROBERTO CARLOS CUMPLIDO CAMPO

C.C.: 1047463263



FIRMA SUPERVISOR: 59D79AB4-82AF-4443-9B63-062E77309737

NOMBRE SUPERVISOR: JUAN MAURICIO GONZALEZ NEGRETE

CARGO: SECRETARIO JURÍDICO

