| | 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: | 13/4/2021 |
|---|---|---|---|

**ACTO ADMINISTRATIVO**

**DATOS DEL CONTRATO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valor Contrato: | $36,000,000.00 | | | Valor a Pagar: | $6,000,000.00 |
| Número: | 494 | Fec. Suscripción: | Mar 11 2021 | Fecha de iniciación: | Mar 11 2021 |
| N° CDP: | 167 | Fecha: | Mar 2 2021 | Fecha de terminación: | Sep 10 2021 |
| N° RP: | 813 | Fecha: | Mar 11 2021 | Duración: | Meses 6 Días 0 |
| Rubro Presupuestal: | Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios | | | Periodo a pagar: | Mar 11 2021 - Abr 10 2021 |
| Requiere Informe: | **SI** | Entregó Informe: | **SI** | Suspensión No.: | En tiempo: Prorroga No.: En tiempo: |

**OBJETO DEL CONTRATO:**

Prestación de Servicios profesionales especializados para el desarrollo de las actividades propias de la Secretaria jurídica.

**FORMA DE PAGO:**

El valor total estimado del contrato es la suma de TREINTA Y SEIS MILLONES DE PESOS MCTE ($36,000,000.00) ; 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 SEIS MILLONES DE PESOS MCTE ($6.000,000.00), 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), además de ello el cargue de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y la aprobación de la misma por parte del supervisor. 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: | **PAULA ELIZABETH MARTELO ROMERO** | | | | | | | | |
| Identificación: | Tipo de documento: | Cédula | X | Nit. | | Número: | 50937117 | DV. | |
| Dirección: | CL 47 13 86 BRR TORICES | | | | | | | | |
| Número de Teléfono: | 3004218286 | FAX: | | CEL. | 3004218286 | | | | |
| Clase y número de cuenta: | Corriente: | | Ahorros | **X** | Número: | **057170016521** | Banco: | **Davivienda** | |

**ASPECTOS TRIBUTARIOS**

Marque con "X" Persona Natural: **x** Persona Jurídica: Regimen: **NO RESPONSABLE DE IVA**

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: Abr 13 2021

**Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas:** 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 deestos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

**APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

**Persona Natural:**

| **Aportes a Salud** | | | **Aportes a Pensión** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valor pagado | $300,000.00 | Periodo MARZO | Valor pagado | $384,000.00 | Periodo MARZO |
| Comprobante de pago Número: | 9418579639 | | Comprobante de pago Número: | 9418579639 | |
| Fecha de pago: | Abr 13 2021 | | Fecha de pago: | Abr 13 2021 | |
| **Aportes a ARL** | | | **NOTA:** | | |
| Valor pagado | $12,600.00 | Periodo MARZO | | | |
| Comprobante de pago Número: | 9418579639 | | | | |
| Fecha de pago: | Abr 13 2021 | | | | |

**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:** 27E92310-08B5-45A6-9AAF-6B72B35E4914

**NOMBRE CONTRATISTA:** PAULA ELIZABETH MARTELO ROMERO

**C.C.:** 50937117

Firma Digital

**FIRMA SUPERVISOR**

**NOMBRE SUPERVISOR:** JUAN MAURICIO GONZALEZ NEGRETE

**CARGO:** SECRETARIO JURÍDICO