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

Dependencia:	SECRETARIA DE HACIENDA	Fecha:	28/4/2021

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$18,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,000,000.00
Número:	806	Fec. Suscripción:	Mar 29 2021	Fecha de iniciación:	Mar 29 2021
N° CDP:	221	Fecha:	Mar 11 2021	Fecha de terminación:	Sep 28 2021
N° RP:	1245	Fecha:	Mar 29 2021	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Mar 29 2021 - Abr 28 2021
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 Dirección del fondo Territorial de Pensiones de la Secretaria de Hacienda.

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de DIECIOCHO MILLONES DE PESOS MCTE ($18,000,000.00) ; 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 TRES MILLONES DE PESOS MCTE ($3,000,000.00), 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:	**VICTOR RAUL MENDEZ GALVIS**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1128048100	DV.	
Dirección:	BR LOS ALPES TV 72 31 D 30								
Número de Teléfono:	6512580		FAX:			CEL.	3014829754		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**0570057770014355**	Banco:	**Davivienda**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	x	Persona Jurídica:	
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	

Regimen: **NO RESPONSABLE DE IVA**

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 28 2021

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: numero de panilla mes de seguridad social marzo , 9419249758, por un valor de $34.900. Salud $. 15.000, Pensión $. 19.200 y ARL $. 700numero de panilla mes de seguridad social Abril , 9418819412, por un valor de $348.300. Salud $. 150.000, Pensión $. 192.000 y ARL $.6.300

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado	$165,000.00	Valor pagado	$211,200.00
Periodo	MARZO	Periodo	MARZO
Comprobante de pago Número:	9418819412 - 9419249758	Comprobante de pago Número:	9418819412 - 9419249758
Fecha de pago:	Abr 27 2021	Fecha de pago:	Abr 27 2021

Aportes a ARL		NOTA:
Valor pagado	$7,000.00	
Periodo	MARZO	
Comprobante de pago Número:	9418819412 - 9419249758	
Fecha de pago:	Abr 27 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: 1C4631F6-83B7-46D2-9F5A-C1E083F6166D

NOMBRE CONTRATISTA: VICTOR RAUL MENDEZ GALVIS

C.C.: 1128048100

53C0E01A-984F-44C1-8B36-2A279C81EB77

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: VICTOR MANUEL GARCIA FERRER

CARGO: DIRECTOR FONDO TERRITORIAL DE PENSIONES