Bogotá, D.C.

ENVÍO POR CORREO CERTIFICADO

Doctor

XXXXXXXXXXXXXXX

Representante Legal

Nombre del contratista persona natural o jurídica

Dirección

Ciudad

Asunto: Cobro por Incumplimiento parcial o total del Contrato No. XXX de XXX, celebrado entre la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO y XXXX. Póliza No. XXXXXXXXXXXXXX.

Respetado doctor:

De manera atenta, en cumplimiento de lo ordenado mediante la Resolución No. XXXX de XXXX, expedida por la Directora de Contratación, en uso de las facultades conferidas en el Decreto 411 de 2016, Artículo 25 literales a, b, f y l, la que le fue notificada a Usted como contratista, representado por el señor XXXXXXXXXXXX, el día XXXXXXX y a la Compañía de Seguros, por medio de su representante legal, el día XXXXXX, y que a la fecha se encuentra en firme, le solicito proceder al pago de la suma de XXXXXX Valor en letras ($ valor en números), dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la presente comunicación, para lo cual debe dirigirse a la Dirección Financiera de la Secretaría Distrital de Gobierno, ubicada en la Calle 11 No. 8-17 piso 2º, donde se le entregará el formato para el pago respectivo y una vez efectuado el pago, reportarlo a la Dirección de Contratación de la entidad, ubicada en la misma dirección.

De no proceder a efectuar el pago, el cobro se adelantará por jurisdicción coactiva, conforme lo dispuesto por el Artículo 98 de la Ley 1437 de 2011. Para tal efecto, el día siguiente al vencimiento del plazo indicado, esta Dirección de Contratación verificará con la Dirección Financiera, si se ha consignado el valor mencionado, y de no ser así, inmediatamente dará traslado de la actuación a la Dirección Jurídica para que se adelante el cobro coactivo correspondiente.

Atentamente,

Director (a) de Contratación

Correo electrónico:

Copia: Doctor (a) XXXXXXX. Dirección Jurídica SDG.

Doctor (a) XXXXXXX. Dirección Financiera SDG.

Compañía de Seguros XXXXXXXXXXXX.

Proyectó:

Revisó y Aprobó: