**MEMORANDO COBRO POR INCUMPLIMIENTO**

Bogotá, XXXX de XXXX de 201x

PARA: Dr. (a) XXXXXXXXXXXXXXXX

Director (a) Financiero

DE: Director (a) de Contratación

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 la Compañía de Seguros, representada por el señor XXXXXXXXXXXX, el día XXXXXXX y al contratista XXXXXX el día XXXXX, y que a la fecha se encuentra en firme, le informo que se le solicitó a los obligados el pago de la suma de XXXXXX Valor en letras ($ valor en números), dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la comunicación radicada con el No. XXXXXXXXXX de fecha XXXXXXXXX, y se les indicó que deberían dirigirse a la Dirección Financiera donde se les entregaría el formato para el pago respectivo.

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 esa dependencia, si se ha consignado el valor mencionado; 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.

Contratista persona natural o persona jurídica.

Compañía de Seguros XXXXXXXXXXXX.

Proyectó:

Revisó y Aprobó: