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

Dependencia:	SECRETARIA DE DESARROLLO REGIONAL Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL	Fecha:	2/11/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$12,000,000.00			Valor a Pagar:	$4,000,000.00
Número:	2424	Fec. Suscripción:	Sep 22 2021	Fecha de iniciación:	Sep 22 2021
N° CDP:	1047	Fecha:	Sep 7 2021	Fecha de terminación:	Dic 21 2021
N° RP:	5988	Fecha:	Sep 22 2021	Duración:	Meses 3 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Sep 22 2021 - Oct 21 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 Secretaria de Desarrollo Regional y Ordenamiento Territorial de la Gobernación de Bolívar

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de DOCE MILLONES DE PESOS MCTE ($12,000,000.00) ; 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 CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE ($4,000,000.00), 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:	**FRANKLIN CUMPLIDO CAMPO**								
Identificación:	Tipo de documento: Cédula	X	Nit.		Número:	1143330464		DV.	
Dirección:	BRR SAN ISIDRO TV 53 53 70								
Número de Teléfono:	6622241		FAX:			CEL.	3103767299		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**426206314**	Banco:	**Banco de Bogota**	

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: Nov 2 2022

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: *

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$300,000.00	Periodo	SEPTIEMBRE	Valor pagado	$384,000.00	Periodo	SEPTIEMBRE
Comprobante de pago Número:		9425857459		Comprobante de pago Número:		9425857459	
Fecha de pago:		Oct 19 2021		Fecha de pago:		Oct 19 2021	
Aportes a ARL				**NOTA:**			
Valor pagado	$12,600.00	Periodo	SEPTIEMBRE				
Comprobante de pago Número:		9425857459					
Fecha de pago:		Oct 19 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: 1D43696F-8A62-4CE5-BB69-4204313C9418

NOMBRE CONTRATISTA: FRANKLIN CUMPLIDO CAMPO

C.C.: 1143330464

FIRMA SUPERVISOR 85D9415E-BC15-48B7-A441-47113A1E59BB

NOMBRE SUPERVISOR: MARTHA LUZ TURIZO LOBO

CARGO: SECRETARIO DE DESARROLLO REGIONAL Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL