	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:	13/10/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$12,000,000.00			Valor a Pagar:	$4,000,000.00
Número:	3028	Fec. Suscripción:	Sep 14 2022	Fecha de iniciación:	Sep 14 2022
N° CDP:	1285	Fecha:	Sep 9 2022	Fecha de terminación:	Dic 13 2022
N° RP:	7564	Fecha:	Sep 14 2022	Duración:	Meses 3 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Sep 14 2022 - Oct 13 2022
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.

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:	
	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: Oct 13 2022

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: *

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$200,000.00	Periodo	SEPTIEMBRE	Valor pagado	$256,000.00	Periodo	SEPTIEMBRE
Comprobante de pago Número:		9441338863		Comprobante de pago Número:		9441338863	
Fecha de pago:		Oct 12 2022		Fecha de pago:		Oct 12 2022	
Aportes a ARL				**NOTA:**			
Valor pagado	$8,400.00	Periodo	SEPTIEMBRE				
Comprobante de pago Número:		9441338863					
Fecha de pago:		Oct 12 2022					

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: 578C4081-2523-4C6C-8CC2-F4B5C80C89B3

NOMBRE CONTRATISTA: FRANKLIN CUMPLIDO CAMPO

C.C.: 1143330464

FIRMA SUPERVISOR D6BD65EE-8A3A-4295-B2EA-C6B7E5CF84A6

NOMBRE SUPERVISOR: MARTHA LUZ TURIZO LOBO

CARGO: SECRETARIO DE DESARROLLO REGIONAL Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL