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

Dependencia:	SECRETARIA DE PLANEACION	Fecha:	28/7/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$24,000,000.00			Valor a Pagar:	$4,000,000.00
Número:	2874	Fec. Suscripción:	Jun 28 2023	Fecha de iniciación:	Jun 28 2023
N° CDP:	840	Fecha:	Jun 22 2023	Fecha de terminación:	Dic 27 2023
N° RP:	5899	Fecha:	Jun 28 2023	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Honorarios			Periodo a pagar:	Jun 28 2023 - Jul 27 2023

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 actividades propias de la DIRECCIÓN DE PLANEACION ESTRATÉGICA Y DE INVERSIÓN PUBLICA de la secretaria de planeación departamental

FORMA DE PAGO: El valor total estimado del contrato es la suma de VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS MCTE ($24,000,000.00) ; 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:	**YULIKA ANDREA FERNANDEZ TORRES**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1050960503	DV.	
Dirección:	BRR CABRERO CL REAL ED CABRERO 272 AP 204								
Número de Teléfono:	.			FAX:			CEL.	3205671954	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**08597627654**	Banco:	**BANCOLOMBIA**	

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: Jul 28 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: el contratista realizo lo estipulado en el presente periodo

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$210,000.00	Periodo	JUNIO	Valor pagado	$268,800.00	Periodo	JUNIO
Comprobante de pago Número:		7881268886		Comprobante de pago Número:		7881268886	
Fecha de pago:		Jun 26 2023		Fecha de pago:		Jun 26 2023	
Aportes a ARL				**NOTA:**			
Valor pagado	$8,800.00	Periodo	JUNIO				
Comprobante de pago Número:		7881268886					
Fecha de pago:		Jun 26 2023					

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: D5F8E655-C045-4F78-8DEE-52219FB3849E

NOMBRE CONTRATISTA: YULIKA ANDREA FERNANDEZ TORRES

C.C.: 1050960503

FIRMA SUPERVISOR 3A15A4C3-7620-4CF8-AD9F-E3A5E157C9EC

NOMBRE SUPERVISOR: MERCEDES BEATRIZ GARCIA ORTEGA

CARGO: DIRECTOR DE PLANEACION ESTRATÉGICA Y DE INVERSIÓN PUBLICA