

	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018			
Dependencia:		DIRECCIÓN GENERAL			Fecha:	26/5/2026		
ACTO ADMINISTRATIVO								
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$11,200,000.00		Valor a Pagar:	\$2,800,000.00			
	Número:	027	Fec. Suscripción:	Ene 23 2026	Fecha de iniciación:	Ene 23 2026		
	N° CDP:	9	Fecha:	Ene 20 2026	Fecha de terminación:	Jul 22 2026		
	N° RP:	36	Fecha:	Ene 23 2026	Duración:	Meses 4 Días 0		
	Rubro Presupuestal:	Servicio de apoyo financiero para el fomento de la infraestructura deportiva			Periodo a pagar:	Abr 23 2026 - May 22 2026		
	Requiere Informe:	SI	Entregó Informe:	SI	Suspensión No.:	En tiempo:	Prorroga No.:	En tiempo:
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO.							
FORMA DE PAGO:	El pago se realizar una vez radicada la cuenta de cobro, previa presentación de un informe de las actividades realizadas durante el plazo estipulado, dirigido al supervisor del contrato y con su respectiva aprobación, además de la acreditación de los pagos correspondientes a la seguridad social. El valor total estimado del contrato es la suma de ONCE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$11.200.000,00) M/CTE.; los cuales serán cancelados por IMDERT en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; IMDERT realizará el pago del valor del contrato en una cuota parcial mensual de DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$2.800.000) M/CTE, 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 o 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:	CARLOS ORTIZ CAMPILLO							
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	73104925-0	DV.	
Dirección:	0							
Número de Teléfono:	0	FAX:		CEL.	0			
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número:	0	Banco:	N.A.
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	X	Persona Jurídica:		Regimen: N.A.		
		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:	
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas:			LISTO				
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:							
	Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
	Valor pagado	\$218,900.00	Periodo	ABRIL	Valor pagado	\$0.00	Periodo	ABRIL
	Comprobante de pago Número:	6015121122			Comprobante de pago Número:	6015121122		
	Fecha de pago:	May 6 2026			Fecha de pago:	May 6 2026		
	Aportes a ARL				NOTA:			
	Valor pagado	\$18,300.00	Periodo	ABRIL	LISTO			
	Comprobante de pago Número:	6015121122						
Fecha de pago:	May 6 2026							
SOLICITUD DE PAGO	Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:							
APLICACION RETENCION	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.							

Anexos: Copia de aporte de pensión NO Copia de aporte de salud SI Cuenta de Cobro SI

FIRMA CONTRATISTA: B05DD53E-DE9A-421C-BA2C-0A0F9F8450D6

NOMBRE CONTRATISTA: CARLOS ORTIZ CAMPILLO

C.C.: 73104925-0



FIRMA SUPERVISOR 691AC484-36BB-4464-A3A8-66D39B6AD62C

NOMBRE SUPERVISOR: ROVIRO CABRERA GALVIS

CARGO: TESORERO





FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS

CODIGO: S-003
Versión: 1.01
Fecha: 19/05/2017

TURBACO, May 26 2026

DIRECCIÓN GENERAL

INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre Abr 23 2026 - May 22 2026, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre: CARLOS ORTIZ CAMPILLO

Identificación: 73104925-0

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	Número: 027 CDPS NO. 027 DEL 2026 -1	Fec. Suscripción: Ene 23 2026	Fecha de iniciación: Ene 23 2026
	Duración:	Meses: 6	Días: 0

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

2) Apoyar, contribuir y participar en las acciones, labores y actividades para el mejoramiento continuo del IMBERT
3) Apoyo en la proyección de la documentación asociada a asuntos contables y financieros del IMBERT

Final de las obligaciones contractuales.

ACTIVIDADES EJECUTADAS

2) Se realizó nómina para el pago del director y tesorero del IMBERT para el pago oportuno calculo de retroactivos.
3) Se realizó causaciones contables de hechos económicos en el software

Final de las actividades ejecutadas.

155DFA62-8143-4821-8194-719E3F16B246

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARLOS ORTIZ CAMPILLO

C. C. : 73104925-0



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	73104925
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CARLOS ENRIQUE ORTIZ CANPILLO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CL 5 # 50-190 TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6015121122	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 285787069

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9010379161	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION			1	\$ 218.900
SUBTOTAL:					1	\$ 218.900
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600021839	14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A			1	\$ 18.300
SUBTOTAL:					1	\$ 18.300

VALOR SIN MORA:	\$ 237.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 237.200

 ALCALDIA MUNICIPAL DE TURBACO	ALCALDIA DE TURBACO 890481149-0 RECIBO DE CAJA	 ALCALDIA MUNICIPAL DE TURBACO
--	---	--

DOCUMENTO 459	FECHA 10/03/2026
TIPO RECIBO 01 ESTAMPILLA PROHOSPITAL	
CLIENTE	73104925 CARLOS ENRIQUE ORTIZ CAMPILLO
BANCO	11100600515 - Davienda PRO-HOSPITAL UNIVERSIDAD 56500123361
NOTA	PAGO CORRESPONDIENTE A LA ESTAMPILLA PRO HOSPITAL CONTRATO 027-2026 PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO TRANS. 394800

CONCEPTO	NOMBRE	VALOR
001	ESTAMPILLA PROHOSPITAL	112,000.00
TOTAL		112,000.00
CIENTO DOCE MIL PESOS CON 0/100.-CENTAVOS MCTE		

Observaciones:

Elaborado	Revisado	Aprobado

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 04 PERÍODO: 23 de abril al 22 de mayo de 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
No. CONTRATO Y FECHA	CDPS NO. 027 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CARLOS ENRIQUE ORTIZ CAMPILLO
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	73104925
PLAZO DE EJECUCIÓN	4 MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$11.200.000,00
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$2.800.000,00
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	
FECHA ACTA DE INICIO	23 DE ENERO DE 2026
PRÓRROGA¹	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A

¹ Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prórroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	22 DE MAYO DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO.

OBLIGACIONES	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
OBLIGACIÓN 1:.	2) Apoyar, contribuir y participar en las acciones, labores y actividades para el mejoramiento continuo del IMDERT	2) Se realizó nómina para el pago del director y tesorero del IMDERT para el pago oportuno calculo de retroactivos.	Ubicación Evidencia 1: Al final de este documento
OBLIGACIÓN 2:	3) Apoyo en la proyección de la documentación asociada a asuntos contables y financieros del IMDERT	3) Se realizó causaciones contables de hechos económicos en el software	Ubicación Evidencia 2: Al final de este documento
INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN

	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	AXA COLÁTRIA	
FIRMAS			
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	CONTRATISTA		
	Firma: CARLOS ENRIQUE ORTIZ CAMPILLO Nombre: CARLOS ENRIQUE ORTIZ CAMPILLO Cédula: 73104925		
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.	SUPERVISOR/INTERVENTOR		
	Nombre: Cargo: ROVIRO CABRERA GALVIZ		

	APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)

Periodo de pago
01 al 30 de mayo de 2026
Fecha de liquidacion
25/05/2026



EMPLEADOS	Devengado					Deducciones				Neto pagado
	retroactivos	Salario básico	salario mas retroactivos	Días liquidados	Salario devengado	Salud	Pensión	AFSP	Otras deducciones	
EDUIN HANSEL PATERNINA RODRIGUEZ	3.569.717	6.490.395	10.060.113	30	10.060.113	402.405	259.616	100.601	-	9.297.491
ROVIRO CABRERA GALVIS	3.177.049	5.776.452	8.953.500	30	8.953.500	358.140	358.140	89.535	-	8.147.685
Totales					19.013.613	760.545	617.756	190.136	-	17.445.177

Neto pagado: \$17.445.177

elaboro: jesus devoz cuadro

Búsqueda

No. Registro:

10

50

100

200

Documento	Fecha	Fuente	Nota	Valor	Operaciones
14	28-02-2026	005-COMPROBANTES DE EGRESO OTROS	CXP	2,260,900.00	
18	28-02-2026	010-NOTAS DE CONTABILIDAD	ESTAMPILLA	16,575.00	
1	11-02-2026	003-COMPROBANTE DE EGRESO OPS	CXP	958,425.00	
17	28-02-2026	010-NOTAS DE CONTABILIDAD	RENDIMIENTOS FINANCIERO	9,198.43	
16	28-02-2026	010-NOTAS DE CONTABILIDAD	RENDIMIENTOS FINANCIERO	130.90	
15	28-02-2026	010-NOTAS DE CONTABILIDAD	RENDIMIENTOS FINANCIERO	110.80	
14	28-02-2026	010-NOTAS DE CONTABILIDAD	RENDIMIENTOS FINANCIERO	292.36	
13	28-02-2026	010-NOTAS DE CONTABILIDAD	4xmil	13,758.40	
12	28-02-2026	010-NOTAS DE CONTABILIDAD	CUOTA DE MANEJO	16,500.00	

CERTIFICADO REFERENCIA COMERCIAL

Banco Serfinanza S.A se permite informar que el cliente **CARLOS ENRIQUE ORTIZ CAMPILLO**, Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía **N° 73104925**, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene los siguientes productos:

Obligación	Referencia	Fecha Emisión	Estado
0008999000023993393	CREDITO ROTATIVO	2022/10/13	NORMAL
0005432803448490171	MASTERCARD CLASICA	2020/04/16	NORMAL
214000201010	CUENTA DE AHORROS - MASIVO	2020/04/17	CUENTA ACTIVA

Se expide la presente certificación a los (28) días del mes de **OCTUBRE** de 2025, a solicitud de la parte interesada.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

Atentamente,



Dpto. de Servicio al Cliente

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9**

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9030150 correspondiente a la empresa Constructora La 90 S A S.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
CARLOS ENRIQUE ORTIZ CAMPILLO	C.C.	73,104,925	29/11/2025	RIESGO III	2.436	RIESGO 3

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c i.'.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.