

	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018			
Dependencia:	SECRETARIA GENERAL				Fecha:	10/11/2025		
ACTO ADMINISTRATIVO								
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$8,750,000.00		Valor a Pagar:	\$3,500,000.00			
	Número:	2843	Fec. Suscripción:	Oct 7 2025	Fecha de iniciación:	Oct 7 2025		
	N° CDP:	890	Fecha:	Ago 13 2025	Fecha de terminación:	Dic 21 2025		
	N° RP:	8150	Fecha:	Oct 7 2025	Duración:	Meses 2 Días 15		
	Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - Fortalecimiento y GOBERNANZA INSTITUCIONAL			Periodo a pagar:	Oct 7 2025 - Nov 6 2025		
	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 del proyecto de inversión denominado " FORTALECIMIENTO Y GOBERNANZA INSTITUCIONAL DE LA SECRETARIA GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR"							
FORMA DE PAGO:	El valor total estimado del contrato es la suma de OCHO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$8.750.000) M/CTE; 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 PESOS (\$3.500.000) M/CTE y una última cuota por el valor de UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$1.750.000), que se tramitarán mes vencido contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.							
	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:	NELCY CANDELARIA NOGUERA MARTINEZ							
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	1049453865	DV.	
Dirección:	BRR EL SOCORRO MZ 4 LT 4 ET 231 AP 2							
Número de Teléfono:	-		FAX:	CEL:		3002123725		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros:	X	Número:	78876307307	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:	
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas:			NINGUNA				
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:							
	Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
	Valor pagado	\$178,000.00	Periodo	OCTUBRE	Valor pagado	\$227,800.00	Periodo	OCTUBRE
	Comprobante de pago Número:	9493954874			Comprobante de pago Número:	9493954874		
	Fecha de pago:	Nov 10 2025			Fecha de pago:	Nov 10 2025		
	Aportes a ARL				NOTA:			
	Valor pagado	\$75,000.00	Periodo	OCTUBRE				
	Comprobante de pago Número:	9493954874						
Fecha de pago:	Nov 10 2025							
SOLICITUD DE PAGO	Persona Jurídica:							
	Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:							
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: 5DF14A77-CAE1-4717-B5DB-ECFB58149FD3

NOMBRE CONTRATISTA: NELCY CANDELARIA NOGUERA MARTINEZ

C.C.: 1049453865



FIRMA SUPERVISOR C8C262BE-7145-4266-B0A7-E2FA6168B292

NOMBRE SUPERVISOR: ALVARO JESUS GOMEZ POVEDA

CARGO: DIRECTOR DE ATENCION AL CIUDADANO Y GESTION DOCUMENTAL

