

	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018				
Dependencia:	DIRECCION DE CONCEPTOS, ACTOS ADMINISTRATIVOS Y PERSONERIA JURIDICA				Fecha:	20/12/2025			
ACTO ADMINISTRATIVO									
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$36,000,000.00			Valor a Pagar:	\$4,000,000.00			
	Número:	742 AD/01/742-2025	Fec. Suscripción:	Mar 21 2025	Fecha de iniciación:	Mar 21 2025			
	N° CDP:	196 - 936	Fecha:	Feb 12 2025 - Ago 29 2025	Fecha de terminación:	Dic 20 2025			
	N° RP:	1581 - 7648	Fecha:	Mar 21 2025 - Sep 19 2025	Duración:	Meses 9 Días 0			
	Rubro Presupuestal:	Servicios Prestados A Las Empresas Y Servicios De Produccion - Servicios Prestados A Las Empresas Y Servicios De Produccion			Periodo a pagar:	Nov 21 2025 - Dic 20 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 de la Dirección de Conceptos, Actos Administrativos y Personerías Jurídicas de la Secretaría Jurídica de la Gobernación de Bolívar.								
FORMA DE PAGO:	El valor total estimado del contrato es la suma de VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS (\$24.000.000) 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 DE PESOS (\$4.000.000) M/CTE), 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. 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 y factura (cuando aplique).								
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA									
Nombre:	MAYRA ALEJANDRA TEJADA OCHOA								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	1050972928	DV.		
Dirección:	BRR EL BOSQUES DE LA CEIBA MZ 8 LT 6 44								
Número de Teléfono:	0	FAX:		CEL.	3116575120				
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros:	X	Número:	67814169861	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: .						Dic 20 2025		
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:								
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión					
	Valor pagado	\$200,600.00	Periodo	NOVIEMBRE	Valor pagado	\$256,700.00	Periodo	NOVIEMBRE	
	Comprobante de pago Número:	9495045697			Comprobante de pago Número:	9495045697			
	Fecha de pago:	Dic 9 2025			Fecha de pago:	Dic 9 2025			
	Aportes a ARL			NOTA:					
	Valor pagado	\$8,500.00	Periodo	NOVIEMBRE	.				
	Comprobante de pago Número:	9495045697							
	Fecha de pago:	Dic 9 2025							
	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: ADE0C840-8A6B-4CC7-8413-5787B08B40AF

NOMBRE CONTRATISTA: MAYRA ALEJANDRA TEJADA OCHOA

C.C.: 1050972928



FIRMA SUPERVISOR 22B223F7-0C31-43F0-8B3A-CCADA6D5226E

NOMBRE SUPERVISOR: NOHORA SERRANO VAN STRAHLEN

CARGO: DIRECTOR DE CONCEPTOS, ACTOS ADMINISTRATIVOS Y PERSONERIA JURIDICA

