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

Dependencia:	SECRETARIA PRIVADA	Fecha:	11/12/2025

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$27,500,000.00			Valor a Pagar:	$2,500,000.00
Número:	2132	Fec. Suscripción:	Jun 27 2025	Fecha de iniciación:	Jun 27 2025
N° CDP:	640	Fecha:	Jun 4 2025	Fecha de terminación:	Dic 11 2025
N° RP:	5187	Fecha:	Jun 27 2025	Duración:	Meses 5 Días 15
Rubro Presupuestal:	Servicios Prestados A Las Empresas Y Servicios De Produccion			Periodo a pagar:	Nov 27 2025 - Dic 11 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 SECRETARIA PRIVADA de la Gobernación de Bolívar.

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de VEINTISIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($27.500.000) 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 CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000) M/CTE, y una última cuota por valor de: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($2.500.000) 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.

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:	**PAULA ELIZABETH MARTELO ROMERO**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	50937117	DV.	
Dirección:	CL 47 13 86 BRR TORICES								
Número de Teléfono:	3004218286		FAX:			CEL.	3004218286		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**67887396377**	Banco:	**BANCOLOMBIA**	

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: Dic 11 2025

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud, pensión y Administradora de Riesgos Laborales conforme a las normas vigentes y en concordancia con lo estipulado en el Manual de Interventoría de la ESAP (Resolución 049 de 2008), los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago de los Honorarios de 27 de octubre al 26 de noviembre de 2025 por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL DE PESOS M.L. $2.500,000.oo

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$250,000.00	Periodo NOVIEMBRE	Valor pagado	$320,000.00	Periodo NOVIEMBRE
Comprobante de pago Número:	9495011350		Comprobante de pago Número:	9495011350	
Fecha de pago:	Nov 20 2025		Fecha de pago:	Nov 20 2025	

Aportes a ARL			**NOTA:**
Valor pagado	$10,500.00	Periodo NOVIEMBRE	
Comprobante de pago Número:	9495011350		
Fecha de pago:	Nov 20 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: 8D2424D0-C8A6-4F02-BB1E-0D2B5A1EEA6C

NOMBRE CONTRATISTA: PAULA ELIZABETH MARTELO ROMERO

C.C.: 50937117

FIRMA SUPERVISOR 245DEFE5-C7FC-4D61-A5B8-8D415C2D7DDE

NOMBRE SUPERVISOR: ADRIANA MARGARITA TRUCCO DE LA HOZ

CARGO: SECRETARIA PRIVADA