

	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:	22/6/2026			
ACTO ADMINISTRATIVO									
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$20,000,000.00		Valor a Pagar:	\$4,000,000.00				
	Número:	1431	Fec. Suscripción:	Ene 20 2026	Fecha de iniciación:	Ene 21 2026			
	N° CDP:	144	Fecha:	Ene 13 2026	Fecha de terminación:	Jun 20 2026			
	N° RP:	1370	Fecha:	Ene 21 2026	Duración:	Meses 5 Días 0			
	Rubro Presupuestal:	Servicios Prestados A Las Empresas Y Servicios De Produccion		Periodo a pagar:	May 21 2026 - Jun 20 2026				
	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 VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20.000.000) 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:	00000000		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:	Jun 22 2026
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: .								
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:								
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión					
	Valor pagado	\$445,600.00	Periodo	MAYO	Valor pagado	\$570,200.00	Periodo	MAYO	
	Comprobante de pago Número:	9504964792			Comprobante de pago Número:	9504964792			
	Fecha de pago:	Jun 19 2026			Fecha de pago:	Jun 19 2026			
	Aportes a ARL			NOTA:					
	Valor pagado	\$18,700.00	Periodo	MAYO	.				
	Comprobante de pago Número:	9504964792							
	Fecha de pago:	Jun 19 2026							
	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: B6A2D67D-2F1F-47FA-9232-6B3D27A18003

NOMBRE CONTRATISTA: MAYRA ALEJANDRA TEJADA OCHOA

C.C.: 1050972928



FIRMA SUPERVISOR D067E7CA-60E9-44CE-BFF1-D84BD4541D10

NOMBRE SUPERVISOR: NOHORA SERRANO VAN STRAHLEN

CARGO: DIRECTOR DE CONCEPTOS, ACTOS ADMINISTRATIVOS Y PERSONERIA JURIDICA

