

	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:	22/7/2026		
ACTO ADMINISTRATIVO								
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$41,600,000.00		Valor a Pagar:	\$5,200,000.00			
	Número:	439	Fec. Suscripción:	Ene 10 2026	Fecha de iniciación:	Ene 19 2026		
	N° CDP:	18	Fecha:	Ene 5 2026	Fecha de terminación:	Sep 18 2026		
	N° RP:	453	Fecha:	Ene 19 2026	Duración:	Meses 8 Días 0		
	Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción		Periodo a pagar:	Jun 19 2026 - Jul 18 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 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 CUARENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$41.600.000) 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 DOSCIENTOS MIL PESOS (\$5.200.000) 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:	LOLY LUZ ESTRADA ROMERO							
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	1047371828	DV.	
Dirección:	BRR NUEVO BOSQUE ET 7 MZ 69 LT 10							
Número de Teléfono:	6777036	FAX:		CEL.	3016001971			
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros:	X	Número:	0550056100665530	Banco:	Davivienda
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:	
							Jul 22 2026	
Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: Se presentan actividades para dar cumplimiento al contrato de prestación de servicios celebrado con el Departamento de Bolívar y a las obligaciones contractuales que de este se emanan, en el periodo que va del 19 de junio de 2026 a 18 de julio de 2026								
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:							
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión				
	Valor pagado	\$275,700.00	Periodo	JUNIO	Valor pagado	\$352,800.00	Periodo	JUNIO
	Comprobante de pago Número:	9506633577			Comprobante de pago Número:	9506633577		
	Fecha de pago:	Jul 10 2026			Fecha de pago:	Jul 10 2026		
	Aportes a ARL			NOTA:				
	Valor pagado	\$11,600.00	Periodo	JUNIO				
	Comprobante de pago Número:	9506633577						
Fecha de pago:	Jul 10 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: 217BDEDA-1ABB-46F4-9F9C-88EA50474E97

NOMBRE CONTRATISTA: LOLY LUZ ESTRADA ROMERO

C.C.: 1047371828



FIRMA SUPERVISOR DC67545E-B971-4CF9-8A9C-22459062FDB4

NOMBRE SUPERVISOR: JULIANA ISABEL SOLANO CHAR

CARGO: SECRETARIO GENERAL

