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

Dependencia:	SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA	Fecha:	18/8/2026

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$55,000,000.00			Valor a Pagar:	$5,000,000.00
Número:	741	Fec. Suscripción:	Ene 14 2026	Fecha de iniciación:	Ene 19 2026
N° CDP:	51	Fecha:	Ene 7 2026	Fecha de terminación:	Dic 18 2026
N° RP:	825	Fecha:	Ene 19 2026	Duración:	Meses 11 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios Prestados A Las Empresas Y Servicios De Produccion			Periodo a pagar:	Jul 19 2026 - Ago 18 2026
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de servicios especializados para el desarrollo de actividades propias en el marco del proyecto de inversión denominado CONSTRUCCIÓN Y MEJORAMIENTO URBANÍSTICO Y PAISAJÍSTICO PARA LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DE LA LAGUNA DE EL LAGUITO EN CARTAGENA DE INDIAS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR.

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($55.000.000) 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 CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000) 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:	**FABIAN ARISTIZABAL GIRALDO**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	73429511	DV.	
Dirección:	.								
Número de Teléfono:	0000000		FAX:			CEL.	3148148644		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**67897625625**	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: Ago 18 2026

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: Se cumple el objeto contractual

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
Valor pagado	$500,000.00	Periodo	JULIO	Valor pagado	$640,000.00	Periodo	JULIO
Comprobante de pago Número:		9507835694		Comprobante de pago Número:		9507835694	
Fecha de pago:		Jul 14 2026		Fecha de pago:		Jul 14 2026	

Aportes a ARL				NOTA:
Valor pagado	$20,900.00	Periodo	JULIO	NA
Comprobante de pago Número:		9507835694		
Fecha de pago:		Jul 14 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: 3ADCBD4E-1AD7-4531-AEE9-7A4702758670

NOMBRE CONTRATISTA: FABIAN ARISTIZABAL GIRALDO

C.C.: 73429511

FIRMA SUPERVISOR 2754D5CA-0E65-42F6-9A64-0D82F324B9BF

NOMBRE SUPERVISOR: JULIANA ISABEL SOLANO CHAR

CARGO: SECRETARIA GENERAL