

**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:

20/3/2026

ACTO ADMINISTRATIVO**DATOS DEL CONTRATO**

Valor Contrato:	\$42,000,000.00	Valor a Pagar:	\$6,000,000.00
Número:	1418	Fec. Suscripción:	Ene 20 2026
N° CDP:	18	Fecha:	Ene 5 2026
N° RP:	1361	Fecha:	Ene 21 2026
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción		Período a pagar:
Requiere Informe:	SI	Entregó Informe:	SI
Suspensión No.:	En tiempo:	Prorroga No.:	En tiempo:
Fecha de iniciación:	Ene 21 2026		Fecha de terminación:
Fecha de terminación:	Ago 20 2026		Meses 7 Días 0
Período a pagar:	Feb 21 2026 - Mar 20 2026		

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 DOS MILLONES DE PESOS (\$42.000.000) 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 SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) 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:	GABRIEL BERDUGO PEÑA		
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X
	Nit.		
	Número:	72310253	DV.
Dirección:	.		
Número de Teléfono:	00000000	FAX:	CEL.
			0000000000

Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros:	X	Número:	69290918715	Banco:	BANCOLOMBIA
---------------------------	------------	----------	---	---------	-------------	--------	-------------

ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	X	Persona Jurídica:		Regimen: N.A.
		Gran Contribuyente:		Autoretenedor:		
		He verificado de esta información frente al RUT:				SI: x

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: Mar 20 2026			

Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: El contratista cumplió a satisfacción con el objeto contractual.

APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:	Aportes a Salud		Aportes a Pensión		
	Valor pagado	\$300,000.00	Periodo	FEBRERO	Valor pagado	\$384,000.00
	Comprobante de pago Número:	1079748662		Comprobante de pago Número:	1079748662	
	Fecha de pago:	Mar 9 2026		Fecha de pago:	Mar 9 2026	
	Aportes a ARL			NOTA:		
	Valor pagado	\$12,600.00	Periodo	FEBRERO		
Comprobante de pago Número:	1079748662					
Fecha de pago:	Mar 9 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 el 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 <u>SI</u>	Copia de aporte de salud <u>SI</u>	Cuenta de Cobro <u>SI</u>
---------	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------

FIRMA CONTRATISTA: 94DA738C-8297-456A-A73E-3E76C78B12AC

NOMBRE CONTRATISTA: GABRIEL BERDUGO PEÑA

C.C.: 72310253

FIRMA SUPERVISOR B7CBE4D6-BB69-4674-98EB-3D06E9C108E5

NOMBRE SUPERVISOR: JULIANA ISABEL SOLANO CHAR

CARGO: SECRETARIO GENERAL
