

**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:

23/4/2026

ACTO ADMINISTRATIVO**DATOS DEL CONTRATO**

| | | | |
|-----------------------|--|-------------------|-----------------------|
| Valor Contrato: | \$41,600,000.00 | Valor a Pagar: | \$5,200,000.00 |
| Número: | 1523 | Fec. Suscripción: | Ene 23 2026 |
| N° CDP: | 18 | Fecha: | Ene 5 2026 |
| N° RP: | 1844 | Fecha: | Ene 24 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 24 2026 | | Fecha de terminación: |
| Fecha de terminación: | Sep 23 2026 | | Duración: |
| Duración: | Meses 8 | | Días 0 |
| Período a pagar: | Mar 24 2026 - Abr 23 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 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: | SILVANA MARGARITA ESCORCIA BERMUDEZ | | | | | | |
| Identificación: | Tipo de documento: | Cédula | <input checked="" type="checkbox"/> | Nit. | | Número: | 1140852510 |
| Dirección: | 0 | | | | | | |
| Número de Teléfono: | 00000000 | FAX: | | CEL: | | 0000000000 | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|------------|--|----------|-------------------------------------|---------|--------------|--------|------------|
| Clase y número de cuenta: | Corriente: | | Ahorros: | <input checked="" type="checkbox"/> | Número: | 029600039258 | Banco: | Davivienda |
|---------------------------|------------|--|----------|-------------------------------------|---------|--------------|--------|------------|

ASPECTOS TRIBUTARIOS

| | | | | | |
|----------------|--|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|--|
| Marque con "X" | Persona Natural: | <input checked="" type="checkbox"/> | Persona Jurídica: | <input type="checkbox"/> | Regimen: N.A. |
| | Gran Contribuyente: | <input type="checkbox"/> | Autoretenedor: | <input type="checkbox"/> | |
| | He verificado de esta información frente al RUT: | | | | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |

INFORME DEL SUPERVISOR**AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD**

| | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|--------|
| El contratista presentó el informe correspondiente: | SI: <input checked="" type="checkbox"/> | NO: <input type="checkbox"/> | # de folios: | |
| El informe cumple con lo estipulado en el contrato: | <input checked="" type="checkbox"/> | Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: | <input checked="" type="checkbox"/> | Fecha: |
| Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: | ninguna | | | |

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|-----------------------------|--------------|-----------------------------|-------------|
| Persona Natural: | | | |
| Aportes a Salud | | Aportes a Pensión | |
| Valor pagado | \$682,000.00 | Periodo | ABRIL |
| Valor pagado | \$873,000.00 | Periodo | ABRIL |
| Comprobante de pago Número: | 76189539 | Comprobante de pago Número: | 76189539 |
| Fecha de pago: | Abr 20 2026 | Fecha de pago: | Abr 20 2026 |
| Aportes a ARL | | NOTA: | |
| Valor pagado | \$28,600.00 | Periodo | ABRIL |
| Valor pagado | \$28,600.00 | Periodo | ABRIL |
| Comprobante de pago Número: | 76189539 | Comprobante de pago Número: | 76189539 |
| Fecha de pago: | Abr 20 2026 | Fecha de pago: | Abr 20 2026 |

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 cotejados con 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 Copia de aporte de salud Cuenta de Cobro

FIRMA CONTRATISTA: 34A32AA7-8A9D-4249-80F6-4D2C364B7712

NOMBRE CONTRATISTA: SILVANA MARGARITA ESCORCIA BERMUDEZ

C.C.: 1140852510



FIRMA SUPERVISOR: C82A7F1D-34D5-490C-80B2-18897EE8EB3C

NOMBRE SUPERVISOR: JULIANA ISABEL SOLANO CHAR

CARGO: SECRETARIO GENERAL

