

	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:	18/5/2026			
ACTO ADMINISTRATIVO									
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$41,600,000.00		Valor a Pagar:	\$5,200,000.00				
	Número:	446	Fec. Suscripción:	Ene 13 2026	Fecha de iniciación:	Ene 19 2026			
	N° CDP:	18	Fecha:	Ene 5 2026	Fecha de terminación:	Sep 18 2026			
	N° RP:	677	Fecha:	Ene 19 2026	Duración:	Meses 8 Días 0			
	Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción		Periodo a pagar:	Abr 19 2026 - May 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:	MICHELLE ANDREA BLANCO LLANOS								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	1140887087	DV.		
Dirección:	.								
Número de Teléfono:	00000000	FAX:		CEL.	0000000000				
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros:	X	Número:	0550488408858980	Banco:	Davivienda		
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	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:	May 18 2026
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: Cuenta de cobro No.4								
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:								
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión					
	Valor pagado	\$312,000.00	Periodo	ABRIL	Valor pagado	\$399,400.00	Periodo	ABRIL	
	Comprobante de pago Número:	9503581479			Comprobante de pago Número:	9503581479			
	Fecha de pago:	May 18 2026			Fecha de pago:	May 18 2026			
	Aportes a ARL			NOTA:					
	Valor pagado	\$13,100.00	Periodo	ABRIL	.				
	Comprobante de pago Número:	9503581479							
Fecha de pago:	May 18 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: E2F22B51-67B0-436F-9ADB-0863579203E2

NOMBRE CONTRATISTA: MICHELLE ANDREA BLANCO LLANOS

C.C.: 1140887087



FIRMA SUPERVISOR 5FBC2267-2F2A-4DC3-9A17-B8E65286203F

NOMBRE SUPERVISOR: JULIANA ISABEL SOLANO CHAR

CARGO: SECRETARIO GENERAL

