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

Dependencia:	SECRETARIA DEL INTERIOR Y ASUNTOS GUBERNAMENTALES	Fecha:	1/5/2026

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$20,000,000.00			Valor a Pagar:	$4,000,000.00
Número:	2949	Fec. Suscripción:	Ene 30 2026	Fecha de iniciación:	Feb 2 2026
N° CDP:	182	Fecha:	Ene 20 2026	Fecha de terminación:	Jul 1 2026
N° RP:	2905	Fecha:	Feb 2 2026	Duración:	Meses 5 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción			Periodo a pagar:	Abr 2 2026 - May 1 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: "CONSOLIDACIÓN DEL CENTRO DE OBSERVACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL DE BOLÍVAR -COISBOL PARA EL ANÁLISIS ESTRATÉGICO DE LA CONVIVENCIA SOCIAL Y LA FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD, DERECHOS HUMANOS Y JUSTICIA PARA BOLÍVAR".

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de VEINTE MILLONES DE PESOS ($20.000.000) 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 CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000) 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:	**JAVIT ARMANDO VILLAR HERRERA**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	8981429	DV.	
Dirección:	.								
Número de Teléfono:	0000000		FAX:			CEL.	0000000000		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**0550488407464814**	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: May 1 2026

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: SE CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado	$221,000.00	Valor pagado	$282,900.00
Periodo	MARZO	Periodo	MARZO
Comprobante de pago Número:	6013004641	Comprobante de pago Número:	6013004641
Fecha de pago:	Abr 24 2026	Fecha de pago:	Abr 24 2026

Aportes a ARL		NOTA:
Valor pagado	$9,300.00	
Periodo	MARZO	
Comprobante de pago Número:	6013004641	
Fecha de pago:	Abr 24 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: 9DFCC835-A374-4DDD-9AB6-58D4AA1294B8

NOMBRE CONTRATISTA: JAVIT ARMANDO VILLAR HERRERA

C.C.: 8981429

FIRMA SUPERVISOR BBE2D15D-B9DE-41E8-957B-760667A994CB

NOMBRE SUPERVISOR: JAVIER MANUEL DORIA ARRIETA

CARGO: SECRETARIA DEL INTERIOR Y ASUNTOS GUBERNAMENTALES