

**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:

18/6/2026

ACTO ADMINISTRATIVO**DATOS DEL CONTRATO**

Valor Contrato:	\$68,000,000.00	Valor a Pagar:	\$8,500,000.00
Número:	437	Fec. Suscripción:	Ene 10 2026
N° CDP:	18	Fecha:	Ene 5 2026
N° RP:	450	Fecha:	Ene 19 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 19 2026		Fecha de terminación:
Fecha de terminación:	Sep 18 2026		Duración:
Duración:	Meses 8		Días 0
Período a pagar:	May 19 2026 - Jun 18 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 SESENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS (\$68.000.000) 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 OCHO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$8.500.000) 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:	CARLA PAOLA CASTELLANOS GOMEZ						
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	<input checked="" type="checkbox"/>	Nit.		Número:	1042453573
Dirección:	CARTAGENA						
Número de Teléfono:	0000000	FAX:		CEL:	3008520585		

Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros:	<input checked="" type="checkbox"/>	Número:	55488105913	Banco:	BANCOLOMBIA
---------------------------	------------	--	----------	-------------------------------------	---------	-------------	--------	-------------

ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	<input checked="" type="checkbox"/>	Persona Jurídica:	<input type="checkbox"/>	Regimen:	NO RESPONSABLE DE IVA
		Gran Contribuyente:	<input type="checkbox"/>	Autoretenedor:	<input type="checkbox"/>		
		He verificado de esta información frente al RUT:					SI:

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:	SI:	<input checked="" type="checkbox"/>	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano:	SI:	Fecha:	Jun 18 2026
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: N/A						

APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:			
	Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
	Valor pagado	\$425,000.00	Periodo	MAYO
	Valor pagado	\$544,000.00	Periodo	MAYO
	Comprobante de pago Número:	9505556314		Comprobante de pago Número:
	Fecha de pago:	Jun 18 2026		Fecha de pago:
Aportes a ARL		NOTA:		
Valor pagado	\$82,900.00	Periodo	MAYO	
Comprobante de pago Número:	9505556314		N/A	
Fecha de pago:	Jun 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 el contrato, que el contratista cumplió con los pagos 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 <input checked="" type="checkbox"/>	Copia de aporte de salud <input checked="" type="checkbox"/>	Cuenta de Cobro <input checked="" type="checkbox"/>
---------	--	--	---

FIRMA CONTRATISTA: 29D16494-FB43-466E-AC49-088B6BF7BC44

NOMBRE CONTRATISTA: CARLA PAOLA CASTELLANOS GOMEZ

C.C.: 1042453573

FIRMA SUPERVISOR 3BD4F220-89C4-4BAE-BA93-AE990DAA9F5D

NOMBRE SUPERVISOR: JULIANA ISABEL SOLANO CHAR

CARGO: SECRETARIO GENERAL
