

	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018			
Dependencia:	SECRETARIA DE SALUD				Fecha:	18/6/2026		
ACTO ADMINISTRATIVO								
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$24,000,000.00		Valor a Pagar:	\$4,800,000.00			
	Número:	660	Fec. Suscripción:	Ene 10 2026	Fecha de iniciación:	Ene 19 2026		
	N° CDP:	97	Fecha:	Ene 8 2026	Fecha de terminación:	Jun 18 2026		
	N° RP:	559	Fecha:	Ene 19 2026	Duración:	Meses 5 Días 0		
	Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE G		Periodo a pagar:	May 19 2026 - Jun 18 2026			
	Requiere Informe:	SI	Entregó Informe:	SI	Suspensión No.:	En tiempo:	Prorroga No.:	En tiempo:
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVERSIÓN FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE GESTIÓN INTEGRAL QUE MINIMICEN LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR							
FORMA DE PAGO:	El valor total estimado del contrato es la suma de VEINTICUATRO MILLONES DEL PESOS (\$24.000.000,00) 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 OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$4.800.000,00) 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 su lugar de ejecución, 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							
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA								
Nombre:	ARINDA MARIA GARCIA CANTILLO							
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	1128044363	DV.	
Dirección:	CARTAGENA							
Número de Teléfono:	00000000	FAX:		CEL.	0000000000			
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros:	X	Número:	056300120401	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:	Jun 18 2026
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: NO APLICA PARA LA 5ª CUENTA							
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:							
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión				
	Valor pagado	\$240,000.00	Periodo	MAYO	Valor pagado	\$307,200.00	Periodo	MAYO
	Comprobante de pago Número:	9505420612			Comprobante de pago Número:	9505420612		
	Fecha de pago:	Jun 2 2026			Fecha de pago:	Jun 2 2026		
	Aportes a ARL			NOTA:				
	Valor pagado	\$46,800.00	Periodo	MAYO				
	Comprobante de pago Número:	9505420612						
Fecha de pago:	Jun 2 2026							
SOLICITUD DE PAGO	Persona Jurídica:							
	Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:							
APLICACION RETENCION	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.							

Anexos: Copia de aporte de pensión SI Copia de aporte de salud SI Cuenta de Cobro SI

FIRMA CONTRATISTA: 6EC614AC-0DF4-4C41-A645-2FABD416187D

NOMBRE CONTRATISTA: ARINDA MARIA GARCIA CANTILLO

C.C.: 1128044363



FIRMA SUPERVISOR 659FF5E0-44F5-4A22-BB19-5844B1D20DAE

NOMBRE SUPERVISOR: GIOVANNA ROSA LOPEZ RODRIGUEZ

CARGO: P. U. DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

