

	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018				
Dependencia:	SECRETARIA PRIVADA				Fecha:	9/7/2026			
ACTO ADMINISTRATIVO									
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$36,000,000.00			Valor a Pagar:	\$6,000,000.00			
	Número:	2937	Fec. Suscripción:	Ene 30 2026	Fecha de iniciación:	Feb 2 2026			
	N° CDP:	240	Fecha:	Ene 23 2026	Fecha de terminación:	Ago 1 2026			
	N° RP:	2895	Fecha:	Feb 2 2026	Duración:	Meses 6 Días 0			
	Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción -Implementación DE LA RUTA DE LA GOBERNANZA			Periodo a pagar:	Jun 2 2026 - Jul 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 actividades en el marco del proyecto denominado IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA DE LA GOBERNANZA A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS MECANISMOS DE DIALOGO CON LA CIUDADANÍA Y LA MATERIALIZACIÓN DE ACCIONES QUE GARANTICEN UNA MEJORA EN LOS INDICADORES BOLÍVAR.								
FORMA DE PAGO:	El valor total estimado del contrato es la suma de TREINTA Y SEIS MILLONES DE PESOS (\$36.000.000) 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 SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) 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:	DANID ENRIQUE PEREZ ALVAREZ								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	73190963	DV.		
Dirección:	.								
Número de Teléfono:	00000000	FAX:		CEL.	0000000000				
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros:	X	Número:	057070026091	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:	Jul 9 2026
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: ok								
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:								
	Aportes a Salud				Aportes a Pensión				
	Valor pagado	\$300,000.00	Periodo	JUNIO	Valor pagado	\$384,000.00	Periodo	JUNIO	
	Comprobante de pago Número:	9507043859			Comprobante de pago Número:	9507043859			
	Fecha de pago:	Jul 9 2026			Fecha de pago:	Jul 9 2026			
	Aportes a ARL				NOTA:				
	Valor pagado	\$12,600.00	Periodo	JUNIO					
	Comprobante de pago Número:	9507043859							
Fecha de pago:	Jul 9 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: _____

NOMBRE CONTRATISTA: DANID ENRIQUE PEREZ ALVAREZ

C.C.: 73190963

FIRMA SUPERVISOR _____

NOMBRE SUPERVISOR: ADRIANA MARGARITA TRUCCO DE LA HOZ

CARGO: SECRETARIA PRIVADA

