

	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:	24/7/2026			
ACTO ADMINISTRATIVO									
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$41,600,000.00		Valor a Pagar:	\$5,200,000.00				
	Número:	1523	Fec. Suscripción:	Ene 23 2026	Fecha de iniciación:	Ene 24 2026			
	N° CDP:	18	Fecha:	Ene 5 2026	Fecha de terminación:	Sep 23 2026			
	N° RP:	1844	Fecha:	Ene 24 2026	Duración:	Meses 8 Días 0			
	Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción		Periodo a pagar:	Jun 24 2026 - Jul 23 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:	SILVANA MARGARITA ESCORCIA BERMUDEZ								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	1140852510	DV.		
Dirección:	0								
Número de Teléfono:	00000000	FAX:		CEL.	0000000000				
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros:	X	Número:	029600039258	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:	Jul 24 2026
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: NINGUNA								
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:								
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión					
	Valor pagado	\$676,000.00	Periodo	JUNIO	Valor pagado	\$865,300.00	Periodo	JUNIO	
	Comprobante de pago Número:	92466249			Comprobante de pago Número:	92466249			
	Fecha de pago:	Jun 16 2001			Fecha de pago:	Jun 16 2001			
	Aportes a ARL			NOTA:					
	Valor pagado	\$28,300.00	Periodo	JUNIO					
	Comprobante de pago Número:	92466249							
Fecha de pago:	Jun 16 2001								
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: 194EF30B-1ECA-450C-BEC1-00AC9181BE8D

NOMBRE CONTRATISTA: SILVANA MARGARITA ESCORCIA BERMUDEZ

C.C.: 1140852510



FIRMA SUPERVISOR 4906BF7B-C963-46F9-BCBA-76372D7D6345

NOMBRE SUPERVISOR: JULIANA ISABEL SOLANO CHAR

CARGO: SECRETARIO GENERAL

