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

Dependencia:	SECRETARÍA DE SALUD	Fecha:	26/8/2021

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$18,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,600,000.00
Número:	1781	Fec. Suscripción:	Jul 27 2021	Fecha de iniciación:	Jul 27 2021
N° CDP:	718	Fecha:	Jul 2 2021	Fecha de terminación:	Dic 26 2021
N° RP:	3969	Fecha:	Jul 27 2021	Duración:	Meses 5 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios para la comunidad sociales y personales - INCREMENTO DE LA COBERTURA DE ACCIONES DE INSPEC			Periodo a pagar:	Jul 27 2021 - Ago 26 2021
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de Servicios Profesionales en asesoría legal para apoyar la gestión y fortalecer las acciones y actividades que permitan la ejecución del proyecto incremento de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Bolívar

FORMA DE PAGO:

El valor del presente contrato es por la suma de DIECIOCHO MILLONES DE PESOS MCTE ($18.000.000.oo); los cuales será cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; los que se cancelarán en cinco (5) cuotas mensuales iguales por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 3.600.000.oo), que se tramitarán mes vencido contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución, dentro de los 5 días siguientes a la radicación de la cuenta de cobro o factura. 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 la presentación del informe en la plataforma SECOP II y la aprobación del mismo por parte del supervisor, en la plataforma. PARÁGRAFO: El contratista asumirá a todo costo los gastos que se presenten para los traslados en los municipios en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**YANDIANA DEL CARMEN DE LAS SALAS GUZMAN**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1051656386-1	DV.	
Dirección:	LA CAROLINA MZ D LT 25								
Número de Teléfono:	6432484		FAX:			CEL.	3013174838		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:		Banco:	**N.A.**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	**x**	Persona Jurídica:	
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	

Regimen: **SIMPLIFICADO**

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: Ago 26 2021

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: DURANTE EL PERIODO SE CUMPLIO CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PREVIA DIRECTRICES DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$180,000.00	Periodo AGOSTO	Valor pagado	$230,400.00	Periodo AGOSTO
Comprobante de pago Número:	9423442582		Comprobante de pago Número:	9423442582	
Fecha de pago:	Ago 26 2021		Fecha de pago:	Ago 26 2021	

Aportes a ARL			**NOTA:**
Valor pagado	$7,600.00	Periodo AGOSTO	
Comprobante de pago Número:	9423442582		
Fecha de pago:	Ago 26 2021		

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: 5B19DAD1-1BAA-4144-8841-F3AEE2CFC29F

NOMBRE CONTRATISTA: YANDIANA DEL CARMEN DE LAS SALAS GUZMAN

C.C.: 1051656386-1

FIRMA SUPERVISOR 1DC8C0E8-C548-476F-9862-B79B3031E964

NOMBRE SUPERVISOR: ALIDA BERNARDA MONTES MEDINA

CARGO: DIRECTORA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL