

		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: 16/12/2021																																																											
ACTO ADMINISTRATIVO																																																																	
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:		\$14,400,000.00		Valor a Pagar:		\$3,600,000.00																																																										
	Número:	1956	Fec. Suscripción:	Ago 12 2021	Fecha de iniciación:	Ago 12 2021																																																											
	N° CDP:	728	Fecha:	Jul 2 2021	Fecha de terminación:	Dic 11 2021																																																											
	N° RP:	4519	Fecha:	Ago 12 2021	Duración:	Meses 4	Días 0																																																										
	Rubro Presupuestal:	Servicios para la comunidad sociales y personales- FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA DIMENSIÓN VIDA				Periodo a pagar: Nov 12 2021 - Dic 11 2021																																																											
	Requiere Informe:		SI	Entregó Informe:	SI	Suspensión No.:	En tiempo:	Prorroga No.:	En tiempo:																																																								
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestación de Servicios Profesionales para el Apoyo a los procesos de la Gestión de la salud pública para el logro de productos propios del Proyecto Fortalecimiento de la gestión de la Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles																																																															
FORMA DE PAGO:		El valor del presente contrato es por la suma de CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$14.400.000.00); 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 Cuatro (4) cuotas mensuales iguales por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$ 3.600.000.00), 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:		JAVIT ARMANDO VILLAR HERRERA																																																															
Identificación:		Tipo de documento:	Cédula	X	Nit:	Número:	8981429-3	DV:																																																									
Dirección:		CORR BAYUNCA CL ALTO DE LA CRUZ SEC CENTRAL CL 16 10 73																																																															
Número de Teléfono:		FAX:		CEL:		3007081471																																																											
Clase y número de cuenta:		Corriente:		Ahorros:	X	Número:	488407464814	Banco:	Davivienda																																																								
ASPECTOS TRIBUTARIOS		Marque con "X"		Persona Natural:	X	Persona Jurídica:		Regimen: SIMPLIFICADO																																																									
				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: Dic 16 2021 Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: SE CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO																																																															
APORTES SEGURIDAD SOCIAL		Persona Natural: <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Aportes a Salud</th> <th colspan="4">Aportes a Pensión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$180,000.00</td> <td>Periodo</td> <td>NOVIEMBRE</td> <td>Valor pagado</td> <td>\$230,400.00</td> <td>Periodo</td> <td>NOVIEMBRE</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9426977297</td> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9426977297</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Dic 15 2021</td> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Dic 15 2021</td> </tr> <tr> <th colspan="4">Aportes a ARL</th> <th colspan="4">NOTA:</th> </tr> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$7,600.00</td> <td>Periodo</td> <td>NOVIEMBRE</td> <td colspan="4" rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9426977297</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Dic 15 2021</td> </tr> </tbody> </table>								Aportes a Salud				Aportes a Pensión				Valor pagado	\$180,000.00	Periodo	NOVIEMBRE	Valor pagado	\$230,400.00	Periodo	NOVIEMBRE	Comprobante de pago Número:	9426977297			Comprobante de pago Número:	9426977297			Fecha de pago:	Dic 15 2021			Fecha de pago:	Dic 15 2021			Aportes a ARL				NOTA:				Valor pagado	\$7,600.00	Periodo	NOVIEMBRE					Comprobante de pago Número:	9426977297			Fecha de pago:	Dic 15 2021		
Aportes a Salud				Aportes a Pensión																																																													
Valor pagado	\$180,000.00	Periodo	NOVIEMBRE	Valor pagado	\$230,400.00	Periodo	NOVIEMBRE																																																										
Comprobante de pago Número:	9426977297			Comprobante de pago Número:	9426977297																																																												
Fecha de pago:	Dic 15 2021			Fecha de pago:	Dic 15 2021																																																												
Aportes a ARL				NOTA:																																																													
Valor pagado	\$7,600.00	Periodo	NOVIEMBRE																																																														
Comprobante de pago Número:	9426977297																																																																
Fecha de pago:	Dic 15 2021																																																																
SOLICITUD DE PAGO		Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: 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 SI Copia de aporte de salud SI Cuenta de Cobro SI

FIRMA CONTRATISTA: AD8EF79E-9C67-4014-8FA9-2157A6EF0B37

NOMBRE CONTRATISTA: JAVIT ARMANDO VILLAR HERRERA

C.C.: 8981429-3



FIRMA SUPERVISOR E80865F3-387B-4036-915E-3DE7D460BE89

NOMBRE SUPERVISOR: EDUARDO SEGUNDO QUESADA GUERRA

CARGO: P. U. A. S - DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

