	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:	27/3/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$24,000,000.00			Valor a Pagar:	$4,000,000.00
Número:	1707	Fec. Suscripción:	Ene 26 2022	Fecha de iniciación:	Ene 28 2022
N° CDP:	24	Fecha:	Ene 14 2022	Fecha de terminación:	Jul 27 2022
N° RP:	1681	Fecha:	Ene 28 2022	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios para la comunidad sociales y personales - MEJORAMIENTO DE LA OPERATIVIZACION DEL LABORATOR			Periodo a pagar:	Feb 28 2022 - Mar 27 2022
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de Servicios Profesionales especializados de Apoyo a los procesos de la Gestión de la salud pública para el logro de productos propios del proyecto mejoramiento de la operativizacion del laboratorio de salud pública para la investigación y vigilancia de eventos de interés en el Departamento de Bolívar

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es por la suma VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS MCTE ($24.000.000.oo); los cuales será cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; los que se cancelarán en Seis (06) cuotas mensuales iguales por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE ($ 4.000.000.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:	**ANYI ROSALBA MEDINA MARIMON**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	45529946-8	DV.	
Dirección:	BRR LA CASTELLANA SEC CONTADORA CLL 31 69 75								
Número de Teléfono:	6816085			FAX:			CEL.	3014386871	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**0550058500010010**	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:	Mar 27 2022

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: ninguna

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
Valor pagado	$200,000.00	Periodo	FEBRERO	Valor pagado	$256,000.00	Periodo	FEBRERO
Comprobante de pago Número:		4439445093		Comprobante de pago Número:		4439445093	
Fecha de pago:		Mar 27 2022		Fecha de pago:		Mar 27 2022	

Aportes a ARL				NOTA:
Valor pagado	$39,000.00	Periodo	FEBRERO	
Comprobante de pago Número:		4439445093		
Fecha de pago:		Mar 27 2022		

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: 84BF2268-DD29-427D-BC0C-735BCDBD57D0

NOMBRE CONTRATISTA: ANYI ROSALBA MEDINA MARIMON

C.C.: 45529946-8

FIRMA SUPERVISOR 482C05A8-EA36-4597-9E0B-D677DC0F2645

NOMBRE SUPERVISOR: RAMIRO RAFAEL PEREIRA LENTINO

CARGO: PU - COORDINADOR DEL LABORATORIO DE SALUD PUBLICA