	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:	31/3/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$21,600,000.00			Valor a Pagar:	$3,600,000.00
Número:	1252	Fec. Suscripción:	Ene 22 2022	Fecha de iniciación:	Ene 24 2022
N° CDP:	53	Fecha:	Ene 17 2022	Fecha de terminación:	Jul 23 2022
N° RP:	1146	Fecha:	Ene 24 2022	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios para la comunidad, sociales y personales - FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DE LA DIMENSION			Periodo a pagar:	Feb 24 2022 - Mar 23 2022
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 VEINTIÚN MILLÓN SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE ($21.600.000.oo); los cuales será cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; los que se cancelarán en SEIS (6) cuotas mensuales iguales por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 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:	**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:	Mar 31 2022

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
Valor pagado	$180,000.00	Periodo	FEBRERO	Valor pagado	$230,400.00	Periodo	FEBRERO
Comprobante de pago Número:	9433108190----9434799260			Comprobante de pago Número:	9433108190----9434799260		
Fecha de pago:	Mar 31 2022			Fecha de pago:	Mar 31 2022		

Aportes a ARL				NOTA:
Valor pagado	$35,100.00	Periodo	FEBRERO	SE ANEXA PLANILLA DE AJUSTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL PLANILLA NUMERO # 9434799260
Comprobante de pago Número:	9433108190----9434799260			
Fecha de pago:	Mar 31 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: F057ABF5-D4BF-4F5B-8472-FA849D550108

NOMBRE CONTRATISTA: JAVIT ARMANDO VILLAR HERRERA

C.C.: 8981429-3

FIRMA SUPERVISOR 35E1CC79-43F8-44D7-95A5-E6E58BB97E47

NOMBRE SUPERVISOR: EDUARDO SEGUNDO QUESADA GUERRA

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