	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:	23/6/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$27,000,000.00			Valor a Pagar:	$4,500,000.00
Número:	1188	Fec. Suscripción:	Ene 22 2022	Fecha de iniciación:	Ene 24 2022
N° CDP:	38	Fecha:	Ene 17 2022	Fecha de terminación:	Jul 23 2022
N° RP:	1374	Fecha:	Ene 24 2022	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios para la comunidad sociales y personales - FORTALECIMIENTO DEL DESARROLLO DE LOS SUBSISTEMA			Periodo a pagar:	May 24 2022 - Jun 23 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 Fortalecimiento del desarrollo de los subsistemas de análisis, interpretación y divulgación de los eventos de interés en salud pública en el Departamento de Bolívar

FORMA DE PAGO:

El valor del presente contrato es por la suma de VEINTISIETE MILLONES DE PESOS MCTE ($27.000.000.oo); los cuales será cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; los que se cancelarán en Seis (6) cuotas mensuales iguales por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 4.500.000.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:	**LEONOR PATRICIA REALES MOLINARES**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	30896605-1	DV.	
Dirección:	CL 99 56 48 AP 203 TO1								
Número de Teléfono:	3731409		FAX:			CEL.	3116987718		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**55446044795**	Banco:	**BANCOLOMBIA**	

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: Jun 23 2022

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: .

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$225,000.00	Periodo	MAYO	Valor pagado	$288,000.00	Periodo	MAYO
Comprobante de pago Número:		9434987138		Comprobante de pago Número:		9434987138	
Fecha de pago:		Jun 8 2022		Fecha de pago:		Jun 8 2022	

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$43,900.00	Periodo	MAYO	.
Comprobante de pago Número:		9434987138		
Fecha de pago:		Jun 8 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: 9831B16D-E59E-4A70-A54C-FDA84D0AF15D

NOMBRE CONTRATISTA: LEONOR PATRICIA REALES MOLINARES

C.C.: 30896605-1

FIRMA SUPERVISOR D6E1790C-8609-4478-A484-E11F8EAB734A

NOMBRE SUPERVISOR: FREDY FABIAN PARDO ROMERO

CARGO: P. E. DIMENSIÓN AUTORIDAD SANITARIA VSP - P. E. DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO A LA AUTORIDAD SANITARIA - VSP - P. E. DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO A LA AUTORIDAD SANITARIA - VSP