

	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:	2/11/2022		
ACTO ADMINISTRATIVO								
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$10,800,000.00		Valor a Pagar:	\$3,600,000.00			
	Número:	3179	Fec. Suscripción:	Sep 26 2022	Fecha de iniciación:	Sep 28 2022		
	N° CDP:	53	Fecha:	Ene 17 2022	Fecha de terminación:	Dic 27 2022		
	N° RP:	8022	Fecha:	Sep 28 2022	Duración:	Meses 3 Días 0		
	Rubro Presupuestal:	Servicios para la comunidad, sociales y personales - FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA DIMENSIÓN			Periodo a pagar:	Sep 28 2022 - Oct 27 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 DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$10.800.000.00); 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 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:	
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas:			CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO				
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:							
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión				
	Valor pagado	\$126,400.00	Periodo	SEPTIEMBRE	Valor pagado	\$161,700.00	Periodo	SEPTIEMBRE
	Comprobante de pago Número:	9442262377			Comprobante de pago Número:	9442262377		
	Fecha de pago:	Nov 1 2022			Fecha de pago:	Nov 1 2022		
	Aportes a ARL			NOTA:				
	Valor pagado	\$24,700.00	Periodo	SEPTIEMBRE	SE ANEXA AJUSTE DE PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL			
	Comprobante de pago Número:	9442262377						
Fecha de pago:	Nov 1 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 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: E3F2046D-7415-4DCC-AB23-8572C29B7DD6

NOMBRE CONTRATISTA: JAVIT ARMANDO VILLAR HERRERA

C.C.: 8981429-3



FIRMA SUPERVISOR F3B433F9-93A4-4A18-B57C-F0689C844CCB

NOMBRE SUPERVISOR: EDUARDO SEGUNDO QUESADA GUERRA

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

