	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:	20/5/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$24,000,000.00			Valor a Pagar:	$4,000,000.00
Número:	496	Fec. Suscripción:	Feb 21 2023	Fecha de iniciación:	Feb 21 2023
N° CDP:	144	Fecha:	Feb 10 2023	Fecha de terminación:	Ago 20 2023
N° RP:	760	Fecha:	Feb 21 2023	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios para la comunidad, sociales y personales - INCREMENTO DE LA COBERTURA DE ACCIONES DE INSPE			Periodo a pagar:	Abr 21 2023 - May 20 2023
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de Servicios Profesionales en asesoría legal para apoyar la gestión y fortalecer las acciones y actividades que permitan la ejecución del proyecto incremento de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Bolívar

FORMA DE PAGO:

El valor del presente contrato es por la suma de VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS MCTE ($24.000.000.oo); los cuales será cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; los que se cancelarán en Seis (6) cuotas mensuales iguales por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE ($ 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 podrá recibir recursos por concepto de gastos de viaje y tiquetes aéreos, para que se traslade fuera de la ciudad en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual y debidamente autorizadas por el Secretario de Salud, previa solicitud del supervisor del contrato. Para efectos del reconocimiento y pago de los tiquetes aéreos y gastos de viaje, se tomará el valor mensual del contrato como base de liquidación de los mismos, de acuerdo con la escala vigente aplicable a la Gobernación de Bolívar..

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**YANDIANA DEL CARMEN DE LAS SALAS GUZMAN**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1051656386-1	DV.	
Dirección:	LA CAROLINA MZ D LT 25								
Número de Teléfono:	6432484		FAX:			CEL.	3013174838		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**834966470**	Banco:	**BANCO AV VILLAS**	

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: May 20 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: DURANTE EL PERIDO COMPRENDIDO ENTRE EL 22 DE ABRIL AL 21 DE MAYO DE 2023, LA CONTRATISTA - PROFESIONAL DE APOYO A LA DIRECCION DE INSPECCIPON, VIGILANCIA Y CONTROL, EJECUTO LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS POR EL SUPERVISOR, DENTRO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. DESARROLLAMNDOLAS DE MANERA EFICIENTE.

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud

Valor pagado	$250,000.00	Periodo	ABRIL
Comprobante de pago Número:	9450388102		
Fecha de pago:	May 8 2023		

Aportes a Pensión

Valor pagado	$320,000.00	Periodo	ABRIL
Comprobante de pago Número:	9450388102		
Fecha de pago:	May 8 2023		

Aportes a ARL

Valor pagado	$10,500.00	Periodo	ABRIL
Comprobante de pago Número:	9450388102		
Fecha de pago:	May 8 2023		

NOTA:

EL CONTRATISTA DESAROOLA DE MANERA SATISFACTORIA LAS ACTIVIDADES QUE LE SON ENCOMENDADAS DENTRO DEL MARCO DE LAS OBLIGACIONES TASADAS EN EL CONTRATO DE PRESATCION DE SERVICIO.

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: 5D30A0C6-EE3E-4CF9-BC8A-6A98A865052C

NOMBRE CONTRATISTA: YANDIANA DEL CARMEN DE LAS SALAS GUZMAN

C.C.: 1051656386-1

FIRMA SUPERVISOR 17048B6B-5D28-4D26-9163-9430564E432B

NOMBRE SUPERVISOR: ALIDA BERNARDA MONTES MEDINA

CARGO: DIRECTORA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL