	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:	13/6/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$24,000,000.00			Valor a Pagar:	$4,000,000.00
Número:	1041	Fec. Suscripción:	Mar 9 2023	Fecha de iniciación:	Mar 10 2023
N° CDP:	164	Fecha:	Feb 15 2023	Fecha de terminación:	Sep 9 2023
N° RP:	1655	Fecha:	Mar 10 2023	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios para la comunidad, sociales y personales - FORTALECIMIENTO A LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN D			Periodo a pagar:	May 10 2023 - Jun 9 2023
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de Servicios Profesionales de Apoyo a los procesos de la Gestión de la salud pública para el logro de productos propios del proyecto fortalecimiento a la gestión y administración del programa ampliado de inmunización - PAI en los 45 municipios del Departamento de Bolívar

FORMA DE PAGO:

El valor del presente contrato es por la suma VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS MCTE ($24.000.000.oo); los cuales será cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; los que se cancelarán en cuotas mensuales iguales por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE ($ 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:	**GISELLA CECILIA CAMPILLO GAMARRA**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	33070474-7	DV.	
Dirección:	CARTAGENA								
Número de Teléfono:	0			FAX:			CEL.	3003926333	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**810853999**	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: Jun 13 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: se cumple con este mes de contrato

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado	$200,000.00	Valor pagado	$256,000.00
Periodo	MAYO	Periodo	MAYO
Comprobante de pago Número:	9451812927	Comprobante de pago Número:	9451812927
Fecha de pago:	Jun 13 2023	Fecha de pago:	Jun 13 2023

Aportes a ARL		NOTA:
Valor pagado	$39,000.00	.
Periodo	MAYO	
Comprobante de pago Número:	9451812927	
Fecha de pago:	Jun 13 2023	

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: B87E1D29-BDEE-4363-9F17-2ED43BAB7F35

NOMBRE CONTRATISTA: GISELLA CECILIA CAMPILLO GAMARRA

C.C.: 33070474-7

FIRMA SUPERVISOR EA2B532A-5452-48A8-A1E7-F2B1068D73BB

NOMBRE SUPERVISOR: ROSA MARGARITA ESPAÑA GUERRERO

CARGO: COORDINADOR DEL PROGRAMA APLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI