| | FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP | CODIGO: S-002<br>Versión: 2.01<br>Fecha:<br>05/01/2018 |
|---|---|---|

| Dependencia: | SECRETARÍA DE SALUD | Fecha: | 12/7/2023 |
|---|---|---|---|

**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: | Jun 10 2023 - Jul 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: | 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: Jul 12 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 | Periodo | JUNIO | Valor pagado | $256,000.00 | Periodo | JUNIO |
| Comprobante de pago Número: | | 9453027942 | | Comprobante de pago Número: | | 9453027942 | |
| Fecha de pago: | | Jul 11 2023 | | Fecha de pago: | | Jul 11 2023 | |

| **Aportes a ARL** | | | | **NOTA:** |
|---|---|---|---|---|
| Valor pagado | $39,000.00 | Periodo | JUNIO | . |
| Comprobante de pago Número: | | 9453027942 | | |
| Fecha de pago: | | Jul 11 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:** FFFD2569-6C2B-4FB0-A1C8-46BEA3015649

**NOMBRE CONTRATISTA:** GISELLA CECILIA CAMPILLO GAMARRA

**C.C.:** 33070474-7

**FIRMA SUPERVISOR** 37D60BA5-F408-45B3-8E50-9FAD9D63753F

**NOMBRE SUPERVISOR:** ROSA MARGARITA ESPAÑA GUERRERO

**CARGO:** COORDINADOR DEL PROGRAMA APLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI