	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:	19/12/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$11,250,000.00			Valor a Pagar:	$2,250,000.00
Número:	4830	Fec. Suscripción:	Oct 5 2023	Fecha de iniciación:	Oct 5 2023
N° CDP:	1209	Fecha:	Ago 30 2023	Fecha de terminación:	Dic 19 2023
N° RP:	10635	Fecha:	Oct 5 2023	Duración:	Meses 2 Días 15
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - INCREMENTO DE LA COBERTURA DE ACCIONE			Periodo a pagar:	Dic 5 2023 - Dic 19 2023
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de Servicios Profesionales Especializados 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 ONCE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($11.250.000.oo); los cuales será cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; los que se cancelarán en cuotas mensuales iguales por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 4.500.000.oo) y una cuota por valor de DOS MILLONES DOSCIETNOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($2.250.000) Equivalentes a quince días, 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:	**EDUARDO SAUDA ABED**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	9140612-0	DV.	
Dirección:	BRR BOCAGRANDECR 1 6 106								
Número de Teléfono:	3017115311	FAX:		CEL.	3174339530				
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**0570057170036768**	Banco:	**Davivienda**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	**X**	Persona Jurídica:	Regimen: **N.A.**
	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:	Dic 19 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: SE CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
Valor pagado	$300,000.00	Periodo	NOVIEMBRE	Valor pagado	$384,000.00	Periodo	NOVIEMBRE
Comprobante de pago Número:	9459815325			Comprobante de pago Número:	9459815325		
Fecha de pago:	Dic 1 2023			Fecha de pago:	Dic 1 2023		

Aportes a ARL				NOTA:
Valor pagado	$12,600.00	Periodo	NOVIEMBRE	
Comprobante de pago Número:	9459815325			
Fecha de pago:	Dic 1 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: 8B7ABFE3-EED9-4965-890D-5157C004E03F

NOMBRE CONTRATISTA: EDUARDO SAUDA ABED

C.C.: 9140612-0

FIRMA SUPERVISOR 8236A3B4-4316-4346-B9CA-BDCBFCCC57E4

NOMBRE SUPERVISOR: ALBERTO BERNAL JIMENEZ

CARGO: SECRETARIO DE SALUD