

		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: 25/8/2020																																																																									
ACTO ADMINISTRATIVO																																																																															
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:		\$18,000,000.00		Valor a Pagar:		\$3,600,000.00																																																																								
	Número:	1056	Fec. Suscripción:	Jul 14 2020	Fecha de iniciación:	Jul 14 2020																																																																									
	N° CDP:	834	Fecha:	Jun 30 2020	Fecha de terminación:	Dic 13 2020																																																																									
	N° RP:	3035	Fecha:	Jul 14 2020	Duración:	Meses 5	Días 0																																																																								
	Rubro Presupuestal:	FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES			Periodo a pagar:	Jul 14 2020 - Ago 13 2020																																																																									
	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 DIECIOCHO MILLONES DE PESOS MCTE (\$ 18.000.000.00); 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 iguales mensuales, equivalentes a la suma 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). 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: ☒	Persona Jurídica: ☐	Regimen: SIMPLIFICADO																																																																									
		Gran Contribuyente: ☐		Autoretenedor: ☐																																																																											
		He verificado de esta información frente al RUT:		SI: ☒		NO: ☐																																																																									
INFORME DEL SUPERVISOR																																																																															
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD		El contratista presentó el informe correspondiente: SI: ☒ NO: ☐ # de folios: <input type="text"/>																																																																													
		El informe cumple con lo estipulado en el contrato: ☒ SI Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: ☒ SI Fecha: <input type="text"/> Ago 25 2020																																																																													
		Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: SE CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO																																																																													
APORTES SEGURIDAD SOCIAL		<table border="1"> <tr> <td colspan="4"> Persona Natural: </td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> Aportes a Salud </td> <td colspan="4"> Aportes a Pensión </td> </tr> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$109,800.00</td> <td>Periodo</td> <td>JULIO</td> <td>Valor pagado</td> <td>\$140,500.00</td> <td>Periodo</td> <td>JULIO</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9409575802</td> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9409575802</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Ago 25 2020</td> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Ago 25 2020</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> Aportes a ARL </td> <td colspan="4"> NOTA: </td> </tr> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$4,600.00</td> <td>Periodo</td> <td>JULIO</td> <td colspan="4" rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9409575802</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Ago 25 2020</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> Persona Jurídica: </td> <td colspan="4"> Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: ☐ NO: ☐ </td> </tr> </table>						Persona Natural:								Aportes a Salud				Aportes a Pensión				Valor pagado	\$109,800.00	Periodo	JULIO	Valor pagado	\$140,500.00	Periodo	JULIO	Comprobante de pago Número:	9409575802			Comprobante de pago Número:	9409575802			Fecha de pago:	Ago 25 2020			Fecha de pago:	Ago 25 2020			Aportes a ARL				NOTA:				Valor pagado	\$4,600.00	Periodo	JULIO					Comprobante de pago Número:	9409575802			Fecha de pago:	Ago 25 2020			Persona Jurídica:				Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: ☐ NO: ☐			
Persona Natural:																																																																															
Aportes a Salud				Aportes a Pensión																																																																											
Valor pagado	\$109,800.00	Periodo	JULIO	Valor pagado	\$140,500.00	Periodo	JULIO																																																																								
Comprobante de pago Número:	9409575802			Comprobante de pago Número:	9409575802																																																																										
Fecha de pago:	Ago 25 2020			Fecha de pago:	Ago 25 2020																																																																										
Aportes a ARL				NOTA:																																																																											
Valor pagado	\$4,600.00	Periodo	JULIO																																																																												
Comprobante de pago Número:	9409575802																																																																														
Fecha de pago:	Ago 25 2020																																																																														
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: 37CE85B9-39FD-48D3-B17D-60C930584806

NOMBRE CONTRATISTA: JAVIT ARMANDO VILLAR HERRERA

C.C.: 8981429-3



0BBFEC19-4AA2-4B74-A59A-7C8EAF7C0D14

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: RODOLFO QUINTANA MANZUR

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

