
 <b>FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA</b> 																					
Dependencia:	<b>ASISTENCIAL</b> Fecha: <b>19/01/ 2026</b>																				
<b>ACTO ADMINISTRATIVO</b>																					
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>	Valor Contrato: <b>2.848.000</b> Valor a Pagar: <b>1,424,000</b> Número: <b>CO1.PCCNTR.8553719</b> Fec. Suscripción: <b>07-11-2025</b> Fecha de iniciación: <b>07-11-2025</b> N° CDP: <b>251031014</b> Fecha: <b>31-10-2025</b> Fecha de terminación: <b>31-12-2025</b> N° RP: <b>251107012</b> Fecha: <b>07-11-2025</b> Duración: <b>58</b> Meses <b>58</b> Días Rubro Presupuestal: <b>Remuneracion por servicios tecnicos</b> Periodo a pagar: <b>SEGUNDO PERIODO DEL CONTRATO</b> Requiere Informe: <b>SI</b> Entregó Informe: <b>si</b> Suspensión: <b>si</b> Prorroga: <b>En tiempo</b>																				
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UNA AUXILIAR DE ENFERMERÍA, CONSISTENTE EN BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO Y SOPORTE A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO EN EL AREA DE URGENCIAS.																				
<b>FORMA DE PAGO:</b>	EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO SE PAGARA EN DOS (02) CUOTAS. CADA FIN DE MES, A RAZON UN MILLON CUATROCIENTO VEINTI CUATRO MIL PESOS M/CTE (\$1.424.000), EXCENTO DE IVA																				
<b>INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA</b>																					
Nombre:	MARIA TERESA CASSIANIS ESCOBAR																				
Identificación:	Tipo de documento: <b>X</b> Cédula: <b>X</b> Nit: <b>45739653</b> DV: <b></b>																				
Dirección:	CALLE 9 N° 7-27 ARROYOHONDO BOLIVAR																				
Número de Teléfono:	FAX: <b>3107361905</b>																				
Clase y número de cuenta:	Corriente: <b></b> Ahorros: <b>X</b> Número: <b>204858542</b> Banco: <b>BANCO DE BOGOTA</b>																				
<b>ASPECTOS TRIBUTARIOS</b>	Persona Natural: <b>X</b> Persona Jurídica: <b></b> Regimen: <b>simplificado</b> Marque con "X" Gran Contribuyente: <b></b> Autoretenedor: <b></b> He verificado de esta información frente al RUT: <b>SI X NO</b>																				
<b>INFORME DEL SUPERVISOR</b>																					
<b>AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD</b>	El contratista presentó el informe correspondiente: <b>SI X NO</b> No Folios: <b>2</b> El informe cumple con lo estipulado en el contrato: <b>SI</b> Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: <b>si</b> Fecha: <b>ENERO-19-2025</b> Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: <b></b>																				
<b>APORTES SEGURIDAD SOCIAL</b>	Persona Natural: <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Aportes a Salud</th> <th colspan="2">Aportes a Pensión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor pagado: <b>178.000</b></td> <td>Periodo: <b>DICIEMBRE</b></td> <td>Valor pagado: <b></b></td> <td>Periodo: <b></b></td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número: <b></b></td> <td>Fecha de pago: <b>29-dic-25</b></td> <td>Comprobante de pago Número: <b></b></td> <td>Fecha de pago: <b></b></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Aportes a ARL</th> <th>NOTA:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor pagado: <b>34.700</b></td> <td>Periodo: <b>DICIEMBRE</b></td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número: <b></b></td> <td>Fecha de pago: <b>29/12/2025</b></td> </tr> </tbody> </table> Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: <b>SI: NO: x</b>	Aportes a Salud		Aportes a Pensión		Valor pagado: <b>178.000</b>	Periodo: <b>DICIEMBRE</b>	Valor pagado: <b></b>	Periodo: <b></b>	Comprobante de pago Número: <b></b>	Fecha de pago: <b>29-dic-25</b>	Comprobante de pago Número: <b></b>	Fecha de pago: <b></b>	Aportes a ARL		NOTA:	Valor pagado: <b>34.700</b>	Periodo: <b>DICIEMBRE</b>		Comprobante de pago Número: <b></b>	Fecha de pago: <b>29/12/2025</b>
Aportes a Salud		Aportes a Pensión																			
Valor pagado: <b>178.000</b>	Periodo: <b>DICIEMBRE</b>	Valor pagado: <b></b>	Periodo: <b></b>																		
Comprobante de pago Número: <b></b>	Fecha de pago: <b>29-dic-25</b>	Comprobante de pago Número: <b></b>	Fecha de pago: <b></b>																		
Aportes a ARL		NOTA:																			
Valor pagado: <b>34.700</b>	Periodo: <b>DICIEMBRE</b>																				
Comprobante de pago Número: <b></b>	Fecha de pago: <b>29/12/2025</b>																				
<b>SOLICITUD DE PAGO</b>	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.																				
<b>APLICACION RETENCION</b>	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 <b>SI</b> Copia de aporte de salud <b>SI</b> Cuenta de Cobro <b>SI</b>																				
FIRMA CONTRATISTA:	<i>Maria T. Cassiani Escobar</i>																				
FIRMA SUPERVISOR:	<i>Alexandra Cassiani Orozco</i>																				
NOMBRE CONTRATISTA:	<b>MARIA TERESA CASSIANI ESCOBAR</b>																				
NOMBRE SUPERVISOR:	<b>ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO</b>																				
C.C.:	<b>45.739.653</b>																				
CARGO:	<b>SUBGERENTE SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>																				