
 FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA 																													
Dependencia:	ASISTENCIAL Fecha: Marzo-2026																												
ACTO ADMINISTRATIVO																													
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato: <u>16.000.000</u> Valor a Pagar: <u>8,000,000</u> Número: <u>CO1.PCCNTR.9070713</u> Fec. Suscripción: <u>23/01/2026</u> Fecha de iniciación: <u>23/01/2026</u> N° CDP: <u>260119012</u> Fecha: <u>19/01/2026</u> Fecha de terminación: <u>23/03/2026</u> N° RP: <u>260123011</u> Fecha: <u>23/01/2026</u> Duración: <u>2</u> Meses <u> </u> Días Rubro Presupuestal: <u>HONORARIOS</u> Período a pagar: <u>periodo 2 del contrato</u> Requiere Informe: <u>si</u> Entregó Informe: <u>si</u> Suspensión <u> </u> En tiempo <u> </u> Prorroga <u> </u> En tiempo <u> </u>																												
OBJETO DEL CONTRATO:	RESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO ENFERMERA JEFE PARA LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, DENTRO DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN EL ARROYOHONDO																												
FORMA DE PAGO:	El valor del contrato es de DIECISEIS MILLONES DE PESOS (\$16,000,000), que corresponde a los honorarios que la ESE pagará al Contratista. El valor de la prestación de los servicios se pagará en DOS (02) cuotas iguales, cada una por OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 8.000.000),																												
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA																													
Nombre:	IVANA DE JESUS VARGAS BLANCO																												
Identificación:	Tipo de documento <u> </u> Cédula: <u>X</u> Nit: <u>1043611993</u> DV. <u> </u>																												
Dirección:	TV 3 # 29-87 Calamar Bolivar																												
Número de Teléfono:	FAX: <u> </u>																												
Clase y número de cuenta:	Corriente: <u> </u> Ahorros <u>X</u> Número: <u>834989720</u> Banco: <u>BANCO AV VILLAS</u>																												
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X" Persona Natural: <u>X</u> Persona Jurídica <u> </u> Regimen <u>simplificado</u> Gran Contribuyente <u> </u> Autoretenedor <u> </u> He verificado de esta información frente al RUT: <u> </u> SI <u> </u> X <u> </u> NO <u> </u>																												
INFORME DEL SUPERVISOR																													
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente: SI <u>X</u> NO <u> </u> No Folios <u>5</u> El informe cumple con lo estipulado en el contrato <u> </u> SI <u> </u> Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano <u> </u> si <u> </u> Fecha: <u>mar-30-2026</u> Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas <u> </u>																												
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural: <u> </u> <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</td> <td><u>218.900</u> Período <u>feb-26</u></td> <td>Valor pagado</td> <td><u>280.200</u> Período <u>feb-26</u></td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td><u>9499058321</u></td> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td><u>9499058321</u></td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td><u>16-mar-26</u></td> <td>Fecha de pago:</td> <td><u>16/03/2026</u></td> </tr> <tr> <th colspan="2">Aportes a ARL</th> <th colspan="2">NOTA:</th> </tr> <tr> <td>Valor pagado</td> <td><u>42.700</u> Período <u>feb-26</u></td> <td colspan="2" rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td><u>9499058321</u></td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td><u>16/03/2026</u></td> </tr> </tbody> </table> Persona Jurídica: <u> </u> Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: <u> </u> NO: <u>x</u>	Aportes a Salud		Aportes a Pensión		Valor pagado	<u>218.900</u> Período <u>feb-26</u>	Valor pagado	<u>280.200</u> Período <u>feb-26</u>	Comprobante de pago Número:	<u>9499058321</u>	Comprobante de pago Número:	<u>9499058321</u>	Fecha de pago:	<u>16-mar-26</u>	Fecha de pago:	<u>16/03/2026</u>	Aportes a ARL		NOTA:		Valor pagado	<u>42.700</u> Período <u>feb-26</u>			Comprobante de pago Número:	<u>9499058321</u>	Fecha de pago:	<u>16/03/2026</u>
Aportes a Salud		Aportes a Pensión																											
Valor pagado	<u>218.900</u> Período <u>feb-26</u>	Valor pagado	<u>280.200</u> Período <u>feb-26</u>																										
Comprobante de pago Número:	<u>9499058321</u>	Comprobante de pago Número:	<u>9499058321</u>																										
Fecha de pago:	<u>16-mar-26</u>	Fecha de pago:	<u>16/03/2026</u>																										
Aportes a ARL		NOTA:																											
Valor pagado	<u>42.700</u> Período <u>feb-26</u>																												
Comprobante de pago Número:	<u>9499058321</u>																												
Fecha de pago:	<u>16/03/2026</u>																												
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:	<u>Ivana Vargas B.</u> FIRMA SUPERVISOR: <u>Alexandra Cassiani O.</u>																												
NOMBRE CONTRATISTA:	<u>IVANA DE JESUS VARGAS BLANCO</u> NOMBRE SUPERVISOR: <u>ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO</u>																												