



FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA



Dependencia: **ASISTENCIAL** Fecha: **ABRIL DE 2026**

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	4.000.000		Valor a Pagar:	2.000.000		
	Número	CO1.PCCNTR.9074002	Fec. Suscripción:	23/01/2026	Fecha de iniciación:	23/01/2026	
	N° CDP:	260119019	Fecha:	19/01/2026	Fecha de terminación:	23/03/2026	
	N° RP:	260123018	Fecha:	23/01/2026	Duración	2 Meses	
	Rubro Presupuestal:	Periodo No. 2 del Contrato					
	Requiere Informe:	Si	Entregó Informe:	si	Suspensión	En tiempo	Prorroga

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO GESTOR COMUNITARIO PARA LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, DENTRO DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE ARROYOHONDO BOLIVAR

FORMA DE PAGO: El valor del contrato es de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$4.000.000), que corresponde a los honorarios que la ESE pagará al Contratista. El valor del contrato se pagara en Dos (02) cuotas, cada una por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000), previa presentación de la cuenta de cobro y el informe de Gestión

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	JOSE ALFREDO ZAMORA ORTIZ					
Identificación:	Tipo de documento	Cédula: X	Nit:	Número:73.267.601	DV.	
Dirección:	Corregimiento Machado- Municipio Arroyohondo Bolivar					
Número de Teléfono:				FAX:	CEL: 3135343398	
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros X	Número: 204094510	Banco: Banco de Bogota		
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Persona Natural:	X		Persona Jurídica		
	Marque con "X"	Gran Contribuyente		Autoretenedor		
	He verificado de esta información frente al RUT:				SI	X

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:	SI	X	NO	No Folios	5	
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato	SI	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano			si	Fecha: Abril-10-2026
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas						

APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:							
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión				
	Valor pagado	224.500	Periodo	feb-26	Valor pagado	287.200	Periodo	feb-26
	Comprobante de pago Número:	9499813471		Comprobante de pago Número:	9499813471			
	Fecha de pago:	10/04/26		Fecha de pago:	10/04/26			
	Aportes a ARL			NOTA:				
Valor pagado	9.500	Periodo	feb-26					
Comprobante de pago Número:	9499813471							
Fecha de pago:	10/04/26							
Persona Jurídica:	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:			SI:	NO:	x		

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:		FIRMA SUPERVISOR:	
NOMBRE CONTRATISTA:	JOSE ALFREDO ZAMORA ORTIZ	NOMBRE SUPERVISOR:	ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO
C.C.:	73.267.601	CARGO:	SUBGERENTE