

	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018			
Dependencia:	SECRETARIA DE SALUD				Fecha:	18/5/2026		
ACTO ADMINISTRATIVO								
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$21,000,000.00		Valor a Pagar:	\$4,200,000.00			
	Número:	940	Fec. Suscripción:	Ene 15 2026	Fecha de iniciación:	Ene 19 2026		
	N° CDP:	9	Fecha:	Ene 5 2026	Fecha de terminación:	Jun 18 2026		
	N° RP:	851	Fecha:	Ene 19 2026	Duración:	Meses 5 Días 0		
	Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LAS			Periodo a pagar:	Abr 19 2026 - May 18 2026		
	Requiere Informe:	SI	Entregó Informe:	SI	Suspensión No.:	En tiempo:	Prorroga No.:	En tiempo:
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROFESIONALES EN ASESORÍA LEGAL PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLÍVAR							
FORMA DE PAGO:	El valor total estimado del contrato es la suma de VEINTIUN MILLONES DE PESOS (\$21.000.000.00) M/CTE; los cuales serán cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; EL DEPARTAMENTO realizará el pago del valor del contrato en cuotas parciales mensuales de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$4,200,000.00) M/CTE, que se tramitarán mes vencido contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución. 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 el cargue de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y la aprobación de la misma por parte del supervisor.							
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA								
Nombre:	ANGEL DAVID OSPINO CANTILLO							
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	1007126576	DV.	
Dirección:	0							
Número de Teléfono:	00000000	FAX:		CEL.	0000000000			
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros:	X	Número:	0550488443453292	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:	
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas:			ninguna				
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:							
	Aportes a Salud				Aportes a Pensión			
	Valor pagado	\$236,500.00	Periodo	ABRIL	Valor pagado	\$302,400.00	Periodo	ABRIL
	Comprobante de pago Número:	9485412975			Comprobante de pago Número:	9485412975		
	Fecha de pago:	May 14 2026			Fecha de pago:	May 14 2026		
	Aportes a ARL				NOTA:			
	Valor pagado	\$9,900.00	Periodo	ABRIL	-			
	Comprobante de pago Número:	9485412975						
Fecha de pago:	May 14 2026							
SOLICITUD DE PAGO	Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:							
APLICACION RETENCION	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. 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: 8329CBE6-3D47-4370-94EF-BCCA3A5F4357

NOMBRE CONTRATISTA: ANGEL DAVID OSPINO CANTILLO

C.C.: 1007126576



FIRMA SUPERVISOR 6AD680A2-91FC-4C80-AFE3-0FACE0F87A54

NOMBRE SUPERVISOR: LUZ PATRICIA GUERRA ECHENIQUE

CARGO: JEFE DE OFICINA ASESORA JURIDICA

