SECRETARIA LOCAL DE SALUD MUNICIPIO DE VALLEDUPAR			PAGINA	1-1
INFORME DE SUPERVISIÓN No.	**1**	**FECHA (DIA/MES/AÑO)**		**16/06/2023**

INFORMACION GENERAL				
CONTRATO	**TIPO DE CONTRATO**	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**		
	No.	**1025**	**FECHA VER SECOP (DIA/MES/AÑO)**	**12/05/2023**
CONTRATANTE	**MUNICIPIO DE VALLEDUPAR**		**NIT.**	**800.098.911-8**
CONTRATISTA	**NOMBRE**	**ANGELA SOFIA MENDEZ GUERRA**		
	C.C.	1.065.612.545		
VALOR DEL CONTRATO ($)	**6.600.000**		**BASE GRAVABLE**	6.600.000
			IVA (19%)	NO APLICA
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN EL AREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS QUE BRINDE APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA DIMENSION CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL DE LA SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR (CESAR) AÑO 2023			
FORMA DE PAGO	EL MUNICIPIO pagará el valor del contrato en DOS (02) PAGOS mes vencido por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($3,300,000) MCTE, previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor del contrato, informe de supervisión, informe de actividades, pago de seguridad social integral (Salud, Pensión y ARL) por parte del contratista y la respectiva cuenta de cobro; en todo caso, de acuerdo con la distribución y asignación del PAC efectuados por la Secretaría de Hacienda Municipal.			
PLAZO DEL CONTRATO	DOS (2) MESES			

DATOS PRESUPUESTALES		**NUMERO**	**EXPEDIDO**	**VALOR**
CERTIFICADO DE DISPONIIBILIDAD PRESUPUESTAL	CDP	932	24/02/2023	6.600.000
REGISTRO PRESUPUESTAL	RP	2312	12/05/2023	6.600.000

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO - VER FECHA SECOP (DIA/MES/AÑO)	12/05/2023

SUPERVISOR DEL CONTRATO	**NOMBRE**	**HOLMER JIMENEZ DITTA**
	CARGO - AREA	SECRETARIO LOCAL DE SALUD

ESTAMPILLAS MUNICIPALES	**SE ACOGE AL DECRETO 000062 DEL 27/01/2023**	**NÚMERO DE RECIBO**	**FECHA DE PAGO DIA/MES/AÑO**	**VALOR ($)**
PRO-UNICESAR (0,5%)	X			
PRO-CULTURA (2%)	X			
BIENESTAR ADULTO MAYOR (4%)	X			
TOTAL PAGADO				

ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL	**NÚMERO DE RECIBO**	**DIA/MES/AÑO**	**VALOR ($)**
PRO-DESARROLLO FRONTERIZO (1.5%)	32023015431	9/06/2023	99.000.00

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	**COMO SUPERVISOR VERIFIQUE QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO CON EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SALUD Y PENSIÓN) Y AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES (ARL); DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS LEGALES VIGENTES. SE ANEXAN PLANILLAS PAGADAS REFERENCIADAS A CONTINUACIÓN.**			
MES DE LA PLANILLA	**NÚMERO DE LA PLANILLA**		**DIA/MES/AÑO**	**VALOR ($)**
MAYO	**PENSIÓN**	4503139931	13/06/2023	211.200
	SALUD	4503139931	13/06/2023	165.000
	ARL	4503139931	13/06/2023	6.900
	TOTAL CANCELADO			383.100

SI NO PAGA PENSION JUSTIFICAR - ANEXAR SOPORTE	

CERTIFICACION DE CUMPLIDO A ENTERA SATISFACCION

EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO, DOY FE DE LA VERACIDAD Y AUTENTICIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN EL INFORME DE ACTIVIDADES Y DE LOS DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN PARA EL PAGO; RAZÓN POR LA CUAL, CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A ENTERA SATISFACCIÒN CON EL DESARROLLO Y EJECUCIÒN DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES DERIVADAS DEL OBJETO DEL CONTRATO, DURANTE EL PERÍODO REFERIDO A CONTINUACIÓN.

PERIODO COMPRENDIDO - PERIODO A PAGAR (DIA/MES/AÑO)			
FECHA DE INICIO ACTIVIDADES	**12/05/2023**	**FECHA DE FINALIZACION ACTIVIDADES**	**11/06/2023**

COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE EL PAGO CORRESPONDIENTE AL CONTRATISTA, POR LA SUMA ($) DE:	**3.300.000**

SUPERVISOR CONTRATO	**FIRMA**	
	NOMBRE	HOLMER JIMENEZ DITTA
	CARGO	SECRETARIO LOCAL DE SALUD

Powered by CamScanner