| MUNICIPIO DE VALLEDUPAR | | PAGINA | 1-2 |
|---|---|---|---|
| SECRETARÍA LOCAL DE SALUD | | | |

| INFORME DE SUPERVISIÓN No. | 3 | FECHA (DÍA/MES/AÑO) | 26/08/2024 |
|---|---|---|---|

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIO (MARCAR X DONDE CORRESPONDA) | DE APOYO A LA GESTION | | |
| | | HONORARIOS PROFESIONALES | | X |
| | NUMERO DEL CONTRATO | 831/2024 | FECHA VER SECOP (DIA/MES/AÑO) | 26/04/2024 |
| CONTRATANTE | MUNICIPIO DE VALLEDUPAR | | NIT. | 800.098.911-8 |
| CONTRATISTA | NOMBRE | KELLY JOHANA CARRILLO CASTRO | | |
| | C.C. | 1,065,578,469 | | |
| VALOR DEL CONTRATO ($) | 30.000.000 | | BASE GRAVABLE | 30.000.000 |
| | | | IVA (19%) | NO APLICA |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA EL APOYO AL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR (CESAR) AÑO 2024 | | | |
| FORMA DE PAGO | SEIS (6) PAGOS MES VENCIDO<br>POR VALOR DE CINCO MILLONES DE PESOS ($5,000,000,00) 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 | SEIS (6) MESES | | | |

| DATOS PRESUPUESTALES | | NUMERO | EXPEDIDO (DIA/MES/AÑO) | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| CERTIFICADO DE DISPONIIBILIDAD PRESUPUESTAL | CDP | 909 | 08/03/2024 | 30.000.000 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | RP | 1567 | 26/04/2024 | 30.000.000 |

| POLIZAS (DILIGENCIE DONDE CORRESPONDA) | | | |
|---|---|---|---|
| NO APLICA POLIZA (MARQUE X) | | | X |
| SI APLICA POLIZA | NUMERO | | |
| | FECHA DE EXPEDICION (DIA/MES/AÑO) | | |

| FECHA APROBACION POLIZA EN EL SECOP | DIA/MES/AÑO | |
|---|---|---|
| FECHA DE INICIO DEL CONTRATO - VER SECOP (DIA/MES/AÑO) | 26/04/2024 | |

| SUPERVISOR DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| | NOMBRE | JAIDE MEDINA CALDERÓN |
| | CARGO - AREA | Secretaria Local de Salud |

## ESTAMPILLAS MUNICIPALES

| ESTAMPILLAS | NÚMERO DE RECIBO | FECHA DE PAGO (DIA/MES/AÑO) | DECRETO 000110 DEL 05/02/2024 |
|---|---|---|---|
| PRO-UNICESAR (0,5%) | | | X |
| PRO-CULTURA (2%) | | | X |
| BIENESTAR ADULTO MAYOR (4%) | | | X |

## ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL

| ESTAMPILLA | NÚMERO DE RECIBO | DIA/MES/AÑO |
|---|---|---|
| PRO-DESARROLLO FRONTERIZO (1.5%) | 32024014325 | 31/05/2024 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| INFORME SUPERVISION No. | 3 | CONTRATO | 831/2024 | PAGINA | 2-2 |
| FECHA (DIA/MES/AÑO) | 26/08/2024 | CONTRATISTA | KELLY JOHANA CARRILLO CASTRO | | |

## APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

COMO SUPERVISOR VERIFIQUÉ QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ 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 | CONCEPTO | NUMERO DE PLANILLA | DIA/MES/AÑO |
|---|---|---|---|
| Junio | PENSION | 9468600653 | 31/07/2024 |
| | SALUD | 9468600653 | 31/07/2024 |
| | ARL | 9468600653 | 31/07/2024 |
| | PENSION | | |
| | SALUD | | |
| | ARL | | |
| | PENSION | | |
| | SALUD | | |
| | ARL | | |

| | | |
|---|---|---|
| SI EL CONTRATISTA NO PAGA PENSION DEBE JUSTIFICAR Y ANEXAR COPIA DEL SOPORTE | MOTIVO | |
| | ANEXAR SOPORTE | |

| | | |
|---|---|---|
| IMPRESIÓN RUT 2024 (MARCAR SI O NO, SEGÚN CORRESPONDA LA RESPONSABILIDAD) | RESPONSABLE DE IVA (MARQUE SI O NO) | NO |
| | FACTURADOR ELECTRONICO (MARQUE SI O NO) | NO |
| | REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION (MARQUE SI O NO) | NO |

## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIDO A ENTERA SATISFACCIÓN

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 Y VALOR A PAGAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| BASE GRAVABLE | 5.000.000 | FECHA INICIA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO) | 26/06/2024 |
| (+) IVA 19% | | FECHA FINALIZA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO) | 25/07/2024 |
| (=) TOTAL | 5.000.000 | | |

| | |
|---|---|
| COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE EL PAGO CORRESPONDIENTE AL CONTRATISTA, POR LA SUMA ($) DE: | 5.000.000 |

| | | |
|---|---|---|
| SUPERVISOR CONTRATO | FIRMA | Jaide Medina C. |
| | NOMBRE | JAIDE MEDINA CALDERÓN |
| | CARGO | Secretaria Local de Salud |