

MUNICIPIO DE VALLEDUPAR						PAGINA	1-2
SECRETARÍA LOCAL DE SALUD							
INFORME DE SUPERVISIÓN No.		4	FECHA (DÍA/MES/AÑO)		17/09/2024		
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 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 DISPONIBILIDAD 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.	4	CONTRATO	831/2024	PAGINA	2-2
FECHA (DIA/MES/AÑO)	17/09/2024	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	
Julio	PENSION	9470631779		08/08/2024	
	SALUD	9470631779		08/08/2024	
	ARL	9470631779		08/08/2024	
	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 SATISFACCIÓN CON EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN 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)	26/07/2024		
(+) IVA 19%		FECHA FINALIZA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO)	25/08/2024		
(=) 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	Secretaría Local de Salud			
Carrera 5 No. 15-69, primer piso - teléfono: 5 84 24 00 - www.valledupar-cesar.gov.co					

