Chigorodó, 18 de noviembre de 2024

19 NOV. 2024

MUNICIPIO DE CHIGORODÓ
NIT. 890980998-3

LA SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DEL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ, CERTIFICA QUE RECIBIÓ A SATISFACCIÓN LOS SERVICIOS DEL CUARTO PAGO DEL CONTRATO CS-0132-2024

TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
NUMERO DEL CONTRATO	CS-0132-2024
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	2 de junio de 2024
ENTIDAD CONTRATANTE	MUNICIPIO DE CHIGORODÓ
OBJETO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE DIFUSIÓN CON LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN – IEC A LOS PROGRAMAS ADSCRITOS A LA SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DEL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ.**
CONTRATISTA	ASOCIACIÓN PRO-DESARROLLO DE CHIGORODÓ ANTIOQUIA Luis Javier Bustamante Hoyos – Representante legal
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NIT 811.009.672 - 2.
PLAZO DE EJECUCIÓN	**SIETE (7) MESES**
VALOR DEL CONTRATO	**TREINTA Y SEIS MILLONES DE PESOS M.L ($36.000.000)**
VALOR A PAGAR:	**$ 8.000.000**
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	3 de julio de 2024
FECHA DE FIN DEL CONTRATO	31 de diciembre de 2024

Atentamente,

SANDRA MARÍA SALDARRIAGA
Secretaria de Salud y Protección Social
Supervisora

GESTIÓN TRANSPARENTE
19 NOV. 2024
MUNICIPIO DE CHIGORODÓ
NIT. 890980998-8

ACTA DE SUPERVISION

Seguimiento			**X**		**Final**		
Fecha	**18**	de	**Noviembre**		de	**2024**	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Tipo de contrato:	Prestación de servicios	N° Cto **CS-0132-2024**

Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE DIFUSIÓN CON LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN – IEC A LOS PROGRAMAS ADSCRITOS A LA SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DEL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ.

Valor del contrato: TREINTA Y SEIS MILLONES DE PESOS M.L ($36.000.000)

Plazo del contrato: SIETE (7) MESES

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es):	N/A		
Supervisor:	**SANDRA MARÍA SALDARRIAGA – Secretaría de Salud y Protección Social**		
Apoyos (s) a la Supervisión:	**N/A**		
Contratista:	ASOCIACIÓN PRO-DESARROLLO DE CHIGORODÓ ANTIOQUIA Luis Javier Bustamante Hoyos – Representante legal		
Lugar donde se realiza la reunión:	Secretaria De Salud Y Protección Social		
Hora de inicio:	**11:00 am**	**Hora de finalización**	**12:00 am**

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO

Actividad u obligaciones específicas	Estado de avance de las actividades (%)	Justificación / Observación
1. Dirigir los programas radiales para la difusión de las distintas líneas, áreas y programas de la Secretaría de Salud y Protección Social, en el horario. De lunes a viernes: 30 min. En el horario de 8:30 a 9:00 am.	**100%**	Se evidenció el cumplimiento de la actividad con los soportes adjuntos.
2. Disponer del estudio radial con los elementos necesarios para la grabación de los programas radiales.	**100%**	Se evidenció el cumplimiento de la actividad con los soportes adjuntos.
3. Realizar el cubrimiento de los eventos y la transmisión en vivo y en directo de los eventos masivos, publicarlos en la página oficial de la emisora y en las redes sociales.	**100%**	Se evidenció el cumplimiento de la actividad con los soportes adjuntos.
4. Realizar jingles y cuñas radiales que requieran ser pregrabados.	**100%**	Se evidenció el cumplimiento de la actividad con los soportes adjuntos.
5. Difundir las piezas publicitarias de las diferentes actividades desarrolladas para de la comunidad.	**100%**	Se evidenció el cumplimiento de la actividad con los soportes adjuntos.
6. Realizar avisos informativos que sean solicitados desde la Secretaría de Salud y Protección Social.	**100%**	Se evidenció el cumplimiento de la actividad con los soportes adjuntos.
7. Dirigir los programas radiales para la difusión de las distintas líneas, áreas y programas de la Secretaría de Salud y Protección Social, en el horario. De lunes a viernes: 30 min. En el horario de 8:30 a 9:00 am.	**100%**	Se evidenció el cumplimiento de la actividad con los soportes adjuntos.
Datos Generales: Las actividades descritas anteriormente fueron recibidas a satisfacción por parte del supervisor y/o apoyo a la supervisión, quienes cuentan con las evidencias que soportan el cumplimiento de las mismas.		

Compromisos adquiridos en la supervisión

Compromiso	Fecha de entrega	Responsable

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

Balance General del Contrato		Pagos realizados al contratista			
Concepto	**Valor**	**Concepto (Anticipo, actas, pagos)**	**Egreso**	**Fecha**	**Valor**
Valor inicial del contrato	$ 36.000.000	Primer pago	CE N°01562	30/08/2024	$ 8.000.000
Valor Adiciones	$ 0	Segundo pago	CE N° 01820	27/09/2024	$ 8.000.000
Valor total del contrato	$ 36.000.000	Tercer pago	CE N°02051	25/10/2024	$ 8.000.000
Valor pagado	$ 24.000.000				
Valor causado que no se ha pagado	$ 8.000.000				
Valor total ejecutado (valor y porcentaje)	$ 32.000.000 89%				
Valor y porcentaje por ejecutar	$ 4.000.000 11%				
		Total		**$**	**24.000.000**

Fecha de la próxima reunión	03	de	Diciembre	de	2024

SANDRA MARÍA SALDARRIAGA
Secretaria de Salud y Protección Social

ASOCIACIÓN PRO-DESARROLLO DE CHIGORODÓ ANTIOQUIA
Luis Javier Bustamante Hoyos
Representante legal

Representación Gráfica
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE1850

ASOCIACION PRO-DESARROLLO DE CHIGORODO ANTIOQUIA

NIT: 811009672-2
Nombre comercial:
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Dirección: CL 95 G 99 08 BRR LA UNION
Régimen Contable: No responsable de IVA
Pais: Colombia
Municipio: Chigorodó (Antioquia)
Correo: bananastereo88.5@gmail.com
Tipo Responsabilidad: R-99-PN (No aplica – Otros)
Teléfono: 3137198024

CUFE: 19751154f34ec50dfe7d25d7361aab4a030128ce23755d5a1362cad24df8e447be2572839dac6cde6dec3d976db3736d

Fecha de Emisión:	2024-11-18 09:11:00	**Fecha de Vencimiento:**	2024-12-18
Tipo de Operación:	Estandar	**Prefijo:**	FE
Tipo de Negociación:	Crédito	**Medio de Pago:**	Consignación bancaria
Fecha de validación:	2024-11-18 09:10:55	**Periodo:**	-

Adquiriente: NIT: 890980998-8 **Razón Social:** MUNICIPIO DE CHIGORODO

Nombre comercial:	MUNICIPIO DE CHIGORODO	**Dirección:**	CR 104 A 100 108
Número Documento:	890980998	**Pais:**	Colombia
Departamento:	Antioquia	**Municipio:**	Chigorodó
Tipo de Contribuyente:	Persona Jurídica	**Correo:**	hacienda@chigorodo-antioquia.gov.co
Régimen Contable:	Impuesto sobre las ventas – IVA	**Teléfono:**	8253630
Tipo de Responsabilidad:	R-99-PN (No aplica – Otros)		

Detalles de Productos

						Cargos o Descuentos		Impuestos			Total item
Nro	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IVA	%IVA	INC	
1	ALCALDIA MUNICIPAL CHIGORODÓ	ESPACIO RADIAL "AL DÍA CON TU SALUD" DEL 4 OCTUBRE AL 3 NOVIEMBRE 2024 OBJETIVO DEL CONTRARO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE DIFUSION CON LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN - IEC A LOS PROGRAMAS ADSCRITOS A LA SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DEL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ.	CAJA	1,00	$8.000.000,00	$0,00	$0,00	$0,00	0%	$0,00	$8.000.000,00
Total items											1

Totales

Moneda	COP
Tasa de Cambio	
Subtotal Precio Unitario (=)	$8.000.000,00
Descuentos Detalle (-)	$0,00
Recargos Detalle (+)	$0,00
Subtotal Base Gravable (=)	$0,00
Total Impuestos (+)	$0,00
Total Mas Impuesto (=)	$8.000.000,00
Descuento Global (-)	$0,00
Recargo Global (+)	$0,00
Total de la operación (=)	**$8.000.000,00**

Entidad sin ánimo de lucro
Régimen Tributario Especial (RTE)

Nota: Las retenciones son a nivel informativo no afecta el total a pagar.

Numero de Autorización: 18764075272257 Rango Autorizado Desde: 1746 Rango Autorizado Hasta: 500000, Prefijo: FE, Fecha resolución: 2024-07-17, Vigente hasta: 2025-07-17
Proveedor Tecnológico: Nodexum S.A.S | NIT: 901285179-0 | Software: e-Misión

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811009672
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ASOCIACION PRODESARROLLO DE CHIGORODO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIGORODO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 95 G 99-08	TELÉFONO:	3137198
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de programación y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**1110703514**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2024/11/20	0	$ 0	$ 506.500
2024/11/21	1	$ 600	$ 507.100
2024/11/22	2	$ 900	$ 507.400
2024/11/25	5	$ 2.000	$ 508.500
2024/11/26	6	$ 2.400	$ 508.900
2024/11/27	7	$ 2.700	$ 509.200

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 52.000
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 80.000
		SUBTOTAL:	2	**$ 132.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890900841	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	2	$ 132.000
		SUBTOTAL:	2	**$ 132.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	2	$ 34.500
		SUBTOTAL:	2	**$ 34.500**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 506.500**

NOV 13 2024 10:22:34 REMIC70.5
CORRESPONSAL
MOTIVOS Y DETALLES
CR 101 97 28
BANCO DE BOGOTA
C. UNICO: 002600148 TER: AA00886
V. ELECTRON Cc
##1811 RECIBO: 044538 RBN: 003566
RECAUDO APRO: 228271
SERVICIO: 0000001130
FACTURA: 0000000001107035l4
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 506.500
*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 70.320.065
BUSTAMANTE HOYOS
APELLIDOS
LUIS JAVIER
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1957
GIRARDOTA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O-
G.S. RH
M
SEXO
17-ENE-1976 GIRARDOTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
A-0110600-00201346-M-0070320065-20091203
00185730 9A 1
27532443

SistemCONT

ILDEGARDO SAJONA CASTAÑEDA

CONTADOR PÚBLICO TITULADO

CERTIFICA QUE:

Que la Entidad **ASOCIACION PRO-DESARROLLO DE CHIGORODO-ANTIOQUIA** Identificado con Nit No 811.009.672 - 2. Ha cumplido y se encuentran al día en cuanto al pago de sus obligaciones con sus empleados. Por los conceptos de seguridad social, riesgos profesionales, pensión, y aporte de los parafiscales (cajas de compensación familiar).

Dado en el Municipio de Chigorodó a los 14 días del mes de noviembre de 2024.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Cordialmente,

ILDEGARDO SAJONA CASTAÑEDA
C.C No 8.339.845 de Chigorodó, Antioquia
T.P. Mat 129727 - T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

EF606FD4AB013185

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ILDEGARDO SAJONA CASTAÑEDA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 8339845 de CHIGORODO (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 129727-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 14 días del mes de Noviembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado









VALIDO SOLO PARA
ASOCIACION PRO-DESARROLLO DE
CHIGORODO-ANTIOQUIA
14/11/2024

FIRMA CONTADOR PUBLICO

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO							
Dependencia	SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL						
Nombre del Contratista:	ASOCIACION PRO DESARRLLO DE CHIGORODÓ			**Identificación:**	NIT 811.009.672-2		
Objeto:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE DIFUSION CON LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN – IEC A LOS PROGRAMAS ADSCRITOS A LA SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DEL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ**			**No. Contrato:0132-2024**	**CPSP 009-2024**		
Fecha de inicio del contrato:	5	7	2024	**Fecha de terminación del contrato:**	31	12	2024
Nombre del supervisor (a):	Sandra María Saldarriaga			**Cargo:**	Secretaria de Salud y Protección Social		
Periodo del informe: Del 4 de Octubre al 3 de Noviembre de 2024.	**N° de pago:** 4			**Fecha del Informe:**	18	11	2024

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO
1	Dirigir los programas radiales para la difusión de las distintas líneas, áreas y programas de la secretaria de la secretaria de social y protección social de lunes a viernes de 8:30 a 9:00 AM
2	Disponer del estudio radial con los elementos necesarios para la grabación de los programas radiales.
3	Realizar el cubrimiento de los eventos y la trasmisión en vivo y en directo de los eventos masivos, publicarlos en la página oficial de la emisora y en las redes sociales.
4	Realizar jingles y cuñas radiales que requieran ser pregrabados
5	Difundir las piezas publicitarias de las diferentes actividades desarrolladas para la comunidad.
6	Realizar avisos informativos que sean solicitados desde la secretaria de salud y protección social

No.	2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MARCO DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS PROGRAMADAS PARA EL PERIODO. En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato, me permito relacionar las actividades ejecutadas durante el periodo de ejecución del objeto contractual, conforme a lo siguiente:		
	Obligación Contractual Ejecutada	**Actividades Ejecutadas**	**Medios de Verificación**
1	Emisión de programa radial institucional 30 minutos de lunes a viernes	Emisión de 20 Programas entre el 4 Octubre y el 3 de Noviembre de 2024	https://www.facebook.com/profile.php?id=100064749351994. Muestra de algunos registros fotográficos
2.	Disponer del estudio radial con los elementos necesarios para la grabación de los programas radiales.	Se cuenta con un estudio de grabación con computador, micrófonos, tarjetas de audio, shofar de producción de audio.	https://www.facebook.com/profile.php?id=100064749351994
3.	Realizar el cubrimiento de los eventos y la trasmisión en vivo y en directo de los eventos masivos, publicarlos en la página oficial de la emisora y en las redes sociales.	• Transmision de jornada donaton de alimentos 23 Octubre 2024 • Transmisión Jornada de vacunación 26 octubre 2024	Fotografía anexa
4.	Realizar jingles y cuñas radiales que requieran ser pregrabados	Grabación y edición de 2 Cuñas radiales institucionales	Se entrega audios a la secretaria de salud, y se comparten en la emisora.
5.	Difundir las piezas publicitarias de las diferentes actividades desarrolladas para la comunidad.	Publicación de 3 Post en redes sociales	Anexos
6	Realizar avisos informativos que sean solicitados desde la secretaria de salud y protección social	15 Realización de jingles y cuñas radiales: • Jornada de donaton 23 octubre 2024 • Jornada de vacunación 26 octubre 2024	https://www.facebook.com/profile.php?id=100064749351994
No.	**3. ACTIVIDADES NO DESARROLLADAS EN EL MARCO DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS PROGRAMADAS PARA EL PERIODO.**		**JUSTIFICACIÓN**

4. LOGROS

La positiva respuesta en asistencia por parte de la comunidad a las actividades convocadas, nos permiten evidenciar, la efectividad en los servicios prestados por el medio de comunicación, también se observa la cantidad de personas alcanzadas en las publicaciones de redes sociales.

5. RIESGOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Durante este periodo no se presentaron riesgos para el cumplimiento de las obligaciones del contrato.

6. RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.

Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
SALUD – Suramericana	**1110703514**	**Noviembre de 2024**	**$ 506.500**
PENSION - Porvenir			
ARL – Positiva compañía de seguros			

No. de anexos entregados: Certifico bajo la gravedad de juramento, que la información contenida en el presente informe de actividades es fidedigna y se hace para efectos de evidenciar el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

ANEXO N° 1 REGISTRO FOTOGRAFICO

REGISTRO FOTOGRAFICO	REGISTRO FOTOGRAFICO
Nota: Los demás documentos que soportan la ejecución de las actividades consignadas en el presente informe se adjunta en el archivo respectivo a cargar en SECOP	
	
Obligación: 1 **Actividad:** Emisión de programa radial institucional 30 minutos de lunes a viernes.	**Obligación:2** **Actividad:** Estudio radial con los elementos necesarios para la grabación de los programas radiales.

Obligación: 3

Actividad: Cubrimiento de los eventos y trasmisión en vivo y en directo de los eventos masivos





- Transmision de jornada donaton de alimentos 23 Octubre 2024
- Transmisión Jornada de vacunación 26 octubre 2024

Obligación: 4

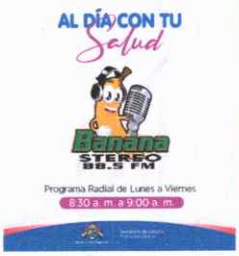
Actividad: Realización de jingles y cuñas radiales




- Jornada de donaton 23 octubre 2024
- Jornada de vacunación 26 octubre 2024

Obligación: 5

Actividad: Difundir piezas publicitarias de las diferentes actividades



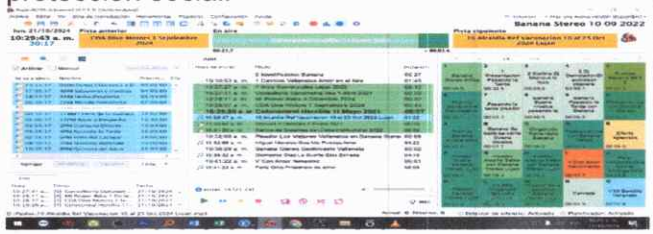




- Programa al día con tu salud
- Jornada de donaton 23 octubre 2024
- Jornada de vacunación 26 octubre 2024

Obligación: 6

Actividad: Avisos informativos que sean solicitados desde la secretaria de salud y protección social.



- Jornada de donaton 23 octubre 2024
- Jornada de vacunación 26 octubre 2024

Atentamente,

LUIS JAVIER BUSTAMANTE HOYOS
Contratista.
CC 70.320.065 Girardota.