
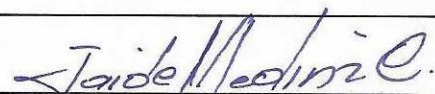


| MUNICIPIO DE VALLEDUPAR  |   |                                   |                                  |  | PAGINA       | 1-2 |
|--|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|--------------|-----|
| SECRETARÍA LOCAL DE SALUD  |   |                                   |                                  | ALCALDÍA DE VALLEDUPAR   |              |     |
| <b>INFORME DE SUPERVISIÓN No.</b>                                |   | 3                                 | <b>FECHA (DÍA/MES/AÑO)</b>       |  | 14/7/2025 ✓  |     |
| INFORMACIÓN GENERAL  |   |                                   |                                  |  |              |     |
| <b>CONTRATO</b>  | PRESTACION DE SERVICIO<br>(MARCAR X DONDE CORRESPONDA)  |                                   | DE APOYO A LA GESTION            |  |              |     |
|  |   |                                   | HONORARIOS PROFESIONALES         |  | X ✓          |     |
|  | NUMERO DEL CONTRATO   | 1161-SG<br>R DE<br>2025 ✓         | FECHA VER SECOP<br>(DIA/MES/AÑO) | 8/4/2025 ✓   |              |     |
| <b>CONTRATANTE</b>   | MUNICIPIO DE VALLEDUPAR   |                                   | NIT.                             | 800.098.911-8  |              |     |
| <b>CONTRATISTA</b>   | NOMBRE  | RONALD ALEXANDER VACCA ASCANIO ✓  |                                  |  |              |     |
|  | C.C.  | 1,065,577,600 ✓                   |                                  |  |              |     |
| <b>VALOR DEL CONTRATO (\$)</b>                                   | 11.250.000 ✓  |                                   |                                  | BASE GRAVABLE  | 11.250.000 ✓ |     |
|  |   |                                   |                                  | IVA (19%)  | NO APLICA    |     |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO</b>                                       | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL PARA EL APOYO AL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR (CESAR) AÑO 2025. ✓   |                                   |                                  |  |              |     |
| <b>FORMA DE PAGO</b>   | EL MUNICIPIO pagará el valor del contrato en TRES (3) PAGOS MES VENCIDO POR VALOR DE TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$3,750,000)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. ✓ |                                   |                                  |  |              |     |
| <b>PLAZO DEL CONTRATO</b>  | TRES (3) MESES ✓  |                                   |                                  |  |              |     |
| DATOS PRESUPUESTALES   |   |                                   | NUMERO                           | EXPEDIDO<br>(DIA/MES/AÑO)  | VALOR        |     |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL                       |   | CDP                               | 1424 ✓                           | 14/3/2025 ✓  | 11.250.000 ✓ |     |
| REGISTRO PRESUPUESTAL  |   | RP                                | 1990 ✓                           | 8/4/2025 ✓   | 11.250.000 ✓ |     |
| <b>POLIZAS</b><br>(DILIGENCIE DONDE CORRESPONDA)                 | NO APLICA POLIZA (MARQUE X)   |                                   |                                  |  | X ✓          |     |
|  | <b>SI APLICA POLIZA</b>   | NUMERO                            |                                  |  |              |     |
|  |   | FECHA DE EXPEDICION (DIA/MES/AÑO) |                                  |  |              |     |
| <b>FECHA APROBACION POLIZA EN EL SECOP</b>                       |   |                                   |                                  | DIA/MES/AÑO  |              |     |
| <b>FECHA DE INICIO DEL CONTRATO - VER SECOP</b><br>(DIA/MES/AÑO) |   |                                   |                                  | 8/4/2025 ✓   |              |     |
| <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                   | NOMBRE  | JAIDE MEDINA CALDERON             |                                  |  |              |     |
|  | CARGO - AREA  | SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL     |                                  |  |              |     |
| ESTAMPILLAS MUNICIPALES  |   |                                   |                                  |  |              |     |
| ESTAMPILLAS  |   | NUMERO DE RECIBO                  | FECHA DE PAGO<br>(DIA/MES/AÑO)   | DECRETO<br>000110 DEL  |              |     |
| PRO-UNICESAR (0,5%)  |   |                                   | 9/5/2025                         | X  |              |     |
| PRO-CULTURA (2%)   |   |                                   |                                  | X  |              |     |
| BIENESTAR ADULTO MAYOR (4%)                                      |   |                                   |                                  | X  |              |     |

| ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL   |  |  |                                  |             |       |
|--|--|--|----------------------------------|-------------|-------|
| ESTAMPILLA   |  | NÚMERO DE RECIBO   |                                  | DIA/MES/AÑO |       |
| PRO-DESARROLLO FRONTERIZO (1.5%)   |  | 325009470 ✓  |                                  | 9/5/2025 ✓  |       |
| INFORME SUPERVISION No.  | 3 ✓  | CONTRATO   | 1161-SGR DE 2025                 | PAGIN A     | 2-2 ✓ |
| FECHA (DIA/MES/AÑO)  | 14/7/2025 ✓                                    | CONTRATISTA  | RONALD ALEXANDER VACCA ASCANIO ✓ |             |       |
| 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  | 9488728601 ✓   |                                  | 9/7/2025 ✓  |       |
|  | SALUD  | 9488728601 ✓   |                                  | 9/7/2025 ✓  |       |
|  | ARL  | 9488728601 ✓   |                                  | 9/7/2025 ✓  |       |
| JULIO ✓  | PENSION  | 9488733181 ✓   |                                  | 9/7/2025 ✓  |       |
|  | SALUD  | 9488733181 ✓   |                                  | 9/7/2025 ✓  |       |
|  | ARL  | 9488733181 ✓   |                                  | 9/7/2025 ✓  |       |
| SI EL CONTRATISTA NO PAGA PENSION DEBE JUSTIFICAR Y ANEXAR COPIA DEL SOPORTE   | MOTIVO   |  |                                  |             |       |
|  | ANEXAR SOPORTE                                 |  |                                  |             |       |
| IMPRESIÓN RUT 2025 (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  | ✓ 3.750.000                                    | FECHA INICIA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO)   | 8/6/2025 ✓                       |             |       |
| (+) IVA 19%  |  | FECHA FINALIZA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO)   | 7/7/2025 ✓                       |             |       |
| (=) TOTAL  | ✓ 3.750.000                                    |  |                                  |             |       |
| COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE EL PAGO CORRESPONDIENTE AL CONTRATISTA, POR LA SUMA (\$) DE:   |  |  |                                  | 3.750.000 ✓ |       |
| SUPERVISOR CONTRATO  | FIRMA  |  |                                  |             |       |
|  | NOMBRE   | JAIDE MEDINA CALDERON  |                                  |             |       |
|  | CARGO  | SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL  |                                  |             |       |