MUNICIPIO DE VALLEDUPAR SECRETARIA LOCAL DE SALUD					PAGINA	1-2
PAGO ANTICIPO No.		50%	FECHA (DÍA/MES/AÑO)		30/09/2025	
INFORMACIÓN GENERAL						
CONTRATO		TIPO DE CONTRATO	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS			
		No.	2101-SGR	FECHA (DIA/MES/AÑO) DE APROBACION - VER SECOP	06/08/2025	
CONTRATANTE		MUNICIPIO DE VALLEDUPAR		NIT.	800.098.911-8	
CONTRATISTA	PERSONA NATURAL	NOMBRE				
		C.C.				
	PERSONA JURIDICA	RAZON SOCIAL	ESCUELA DE EDUCACION DE COLOMBIA LTDA Y SE REGIRA POR LA SIGLA ESESCO			
		NIT	824003151-7			
		REPRESENTANTE LEGAL	RAFAEL SEGUNDO VILLERO CABALLERO			
		C.C.	77.173.537			
VALOR DEL CONTRATO ($)		89.860.700		BASE GRAVABLE	75.513.193,28	
				IVA (19%)	14.347.506,72	
OBJETO DEL CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIOS PARA FORMACION DE GESTORES COMUNITARIOS Y PERSONAL DE LA SALUD EN LA IDENTIFICACION, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS VALLEDUPAR 2025				
FORMA DE PAGO		EL MUNICIPIO el Municipio de Valledupar de la siguiente manera: En virtud del paragrafo del artículo 40 de la ley 80 de 1993 el valor del contrato a celebrar será cancelado por el Municipio de valledupar de la siguiente manera: Un primer pago correspondiente al cincuenta (50%) del valor del contrato, en calidad de anticipo, una vez: ✓ Perfeccionado el contrato. ✓ Suscripción del acta de inicio. ✓ aprobación de las pólizas de garantía. ✓ pago de los respectivos impuestos por parte del contratista. ✓ presentación del plan de inversión del desembolso ✓ Demás documentos requeridos por la secretaría de hacienda para realizar el pago. Y un segundo pago final con la entrega del informe donde se demuestre y evidencie el cumplimiento a satisfacción del objeto y las especificaciones técnicas para lo cual fue contratado avalado por la secretaria Local de Salud, siempre que cumpla las siguientes condiciones: ✓ La factura correspondiente con el cumplimiento de los requisitos fiscales y legales y los soportes de cada una. ✓ Informe suscrito por el supervisor en el que conste que se ha cumplido a entera satisfacción con el objeto. ✓ Certificación expedida por el Supervisor, en la que conste que se ha atendido el objeto de las diferentes ordenes de servicios y que se encuentran facturadas de acuerdo con la oferta presentada al MUNICIPIO DE VALLEDUPAR en el proceso contractual. ✓ Certificación de que se encuentra al dia en el pago al Sistema de Seguridad Social Integral, SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar. ✓ Copia del pago realizado por el concepto de aportes a seguridad social y parafiscal del periodo facturado. ✓ Demás documentos requeridos por la secretaría de hacienda para realizar el pago. Según lo señalado en el Art. 19 de la Ley 1150 de 2007, EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR respetará el orden de presentación de los pagos por parte de los contratistas. PARÁGRAFO PRIMERO: Los desembolsos se efectuarán dentro de los términos establecidos por el municipio posterior a la radicación de los documentos para pago. PARAGRAFO SEGUNDO: El municipio no realizará desembolso cuando no se encuentren debidamente soportado o cuando sobrevengan rubros no ejecutados durante la ejecución del contrato. PARAGRAFO TERCERO: el pago estará sujeto a la disponibilidad de recursos disponibles en la tesoreria Municipal.				
PLAZO DEL CONTRATO		El plazo de ejecución del contrato será de CUATRO (4) MESES , los cuales se contarán desde la fecha de aprobación de las pólizas del contrato, la expedición del registro presupuestal y el inicio de ejecución en la plataforma del Secop II; en todo caso sin exceder el 31 de diciembre de 2025.				

DATOS PRESUPUESTALES		NUMERO	EXPEDIDO	VALOR
CERTIFICADO DE DISPONIIBILIDAD PRESUPUESTAL	CDP	2043	16/06/2025	99.422.166
REGISTRO PRESUPUESTAL	RP	4201	06/08/2025	89.860.700

	APLICAN	NO APLICAN	NUMERO DE LA POLIZA - FECHA EXPEDICION - RIESGOS QUE CUBRE

GARANTIAS - POLIZAS	X		POLIZA No. 47-44-101032026, EXPEDIDA EL 20/08/2025, QUE CUBRE LOS AMPAROS DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO Y PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, E INDEMNIZACIONES LABORALES

FECHA APROBACION POLIZAS EN EL SECOP (EN CASO QUE APLIQUE - DIA/MES/AÑO)	20/08/2025
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO - VER FECHA SECOP (DIA/MES/AÑO)	20/08/2025

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

PAGO ANTICIPO No.	50%	CONTRATISTA	CONTRATO	PAGINA	2-2
FECHA (DIA/MES/AÑO)	30/09/2025	0 ESCUELA DE EDUCACION DE	2101-SGR		

ESTAMPILLAS MUNICIPALES

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

ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL

ESTAMPILLA	NÚMERO DE RECIBO	FECHA (DIA/MES/AÑO)
PRO-DESARROLLO FRONTERIZO (1.5%)	32504014491	12/08/2025

CERTIFICACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	SI APLICA MARQUE X
EL CONTRATISTA ANEXA CERTIFICACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	X

ANEXA PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL			SI APLICA MARQUE X
MES PLANILLA	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO (DIA/MES/AÑO)	

	RESPONSABILIDAD SEGÚN RUT	MARCAR SI O NO
RUT VIGENCIA ACTUAL (MARCAR SI ONO, SEGÚN LA RESPONSABILIDAD)	RESPONSABLE DE IVA	SI
	FACTURADOR ELECTRONICO	SI
	REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION	NO
	REGIMEN ORDINARIO	SI
	REGIMEN ESPECIAL	NO
	GRAN CONTRIBUYENTE	NO

EJECUCION FINANCIERA

VALOR DEL CONTRATO	89.860.700,00	
(-)VALOR A PAGAR PAGO ANTICIPADO 50%	42.866.500,11	
(=) SALDO POR EJECUTAR	46.994.199,89	
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO (EN CASO QUE APLIQUE)		

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 (DIA/MES/AÑO)	
FECHA DE INICIO DE LAS ACTIVIDADES	N/A
FECHA DE FINZALIZACION DE LAS ACTIVIDADES	N/A

VALOR A PAGAR ($)		
BASE GRAVABLE GENERAL		36.022.269,00
(+) IVA	19% IVA	6.844.231,11
(=) TOTAL VALOR FACTURADO O COBRADO		42.866.500,11

COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE AL CONTRATISTA EL PAGO CORRESPONDIENTE A LA SUMA ($) DE:	42.866.500,11

SUPERVISOR CONTRATO	FIRMA	Jaide Medina C.
	NOMBRE	JAIDE MEDINA CALDERON
	CARGO	Secretaria Local de Salud