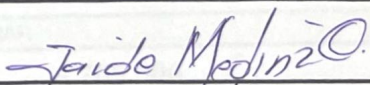


MUNICIPIO DE VALLEDUPAR		PAGINA		1-2	
SECRETARÍA LOCAL DE SALUD		ALCALDÍA DE VALLEDUPAR			
INFORME DE SUPERVISIÓN No.		4 /		FECHA (DÍA/MES/AÑO)	
				02/12/2025	
INFORMACIÓN GENERAL					
CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIO (MARCAR X DONDE CORRESPONDA)		DE APOYO A LA GESTION		
			HONORARIOS PROFESIONALES		
		NUMERO DEL CONTRATO		FECHA VER SECOP (DIA/MES/AÑO)	
		1884		01/08/2025	
CONTRATANTE		MUNICIPIO DE VALLEDUPAR		NIT.	
				800.098.911-8	
CONTRATISTA		NOMBRE			
		KELLY JOHANA CARRILLO CASTRO			
		C.C.			
		1.065.578.469			
VALOR DEL CONTRATO (\$)		22.716.666,7		BASE GRAVABLE	
				22.716.666,7	
				IVA (19%)	
				NO APLICA	
OBJETO DEL CONTRATO		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			
FORMA DE PAGO		EL MUNICIPIO pagará el valor del contrato en CINCO (5) PAGOS de la siguiente manera CUATRO (4) PAGOS MES VENCIDO POR VALOR DE CUATRO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$4,700,000,00) MCTE, y un último pago por la suma de TRES MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS (\$3.916.666,67) MCTE por los veinticinco (25) días, 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		CUATRO (4) MESES Y VENTICINCO (25) DÍAS			
DATOS PRESUPUESTALES		NUMERO	EXPEDIDO (DIA/MES/AÑO)	VALOR	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		CDP	2111	18/06/2025	25.066.666,67
REGISTRO PRESUPUESTAL		RP	3929	01/08/2025	22.716.666,70
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)		01/08/2025			
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%)		32504015796	01/09/2025		

INFORME SUPERVISION No.	4 ✓	CONTRATO	1884 ✓	PAGINA	2-2
FECHA (DIA/MES/AÑO)	02/12/2025 ✓	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		
NOVIEMBRE ✓	PENSION	9495825503 ✓	02/12/2025 ✓		
	SALUD	9495825503 ✓	02/12/2025 ✓		
	ARL	9495825503 ✓	02/12/2025 ✓		
	PENSION				
	SALUD				
	ARL				
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	✓ 4.700.000	FECHA INICIA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO)	01/11/2025 ✓		
(+) IVA 19%		FECHA FINALIZA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO)	30/11/2025 ✓		
(=) TOTAL	✓ 4.700.000				
COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE EL PAGO CORRESPONDIENTE AL CONTRATISTA, POR LA SUMA (\$) DE:			4.700.000 ✓		
SUPERVISOR CONTRATO	FIRMA				
	NOMBRE	JAIDE MEDINA CALDERÓN			
	CARGO	SECRETARIA LOCAL DE SALUD			
Carrera 5 No. 15-69, primer piso - teléfono: 5 84 24 00 - www.valledupar-cesar.gov.co					