MUNICIPIO DE VALLEDUPAR SECRETARIA LOCAL DE SALUD				PAGINA	1-2
INFORME DE SUPERVISION No.	4	FECHA (DÍA/MES/AÑO)		04/12/2025	

INFORMACIÓN GENERAL

CONTRATO		TIPO DE CONTRATO		CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
		No.	1370-SGR	FECHA (DIA/MES/AÑO) DE APROBACION - VER SECOP	13/05/2025
CONTRATANTE		MUNICIPIO DE VALLEDUPAR		NIT.	800.098.911-8
CONTRATISTA	PERSONA JURIDICA	RAZON SOCIAL		DEPORTES SIN LIMITES S.A.S	
		NIT	901.059.272-1		
		REPRESENTANTE LEGAL		JAIRO JOSÉ JIMENEZ FADUL	
		C.C.		7.570.388	
VALOR DEL CONTRATO ($)-INCIAL		120,000,000		BASE GRAVABLE	120,000,000
				IVA (19%)	NO APLICA
VALOR DEL CONTRATO ($)-ADICION		59.603.640		BASE GRAVABLE	59.603.640
				IVA (19%)	NO APLICA
OBJETO DEL CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE INFORMACION EN SALUD EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DE LA SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR (CESAR) AÑO 2025			
FORMA DE PAGO		EL MUNICIPIO pagará el valor del contrato en pagos parciales mensuales, por monto agotable, por el valor de las actividades efectivamente ejecutadas, de conformidad con los precios presentados en la propuesta, sin superar la vigencia fiscal 2025. para lo cual deberá aportar: - Informes de ejecución y servicios prestados (técnicos y financieros debidamente cargados en la plataforma SECOP II con todos los soportes) - Informe de la supervisión y Certificación de la supervisión del contrato que apruebe el cumplimiento de este a entera satisfacción del municipio en cada período, - Factura o cuenta de cobro según corresponda - Acreditación del aporte al sistema de seguridad social integral y obligaciones parafiscales y/o certificación del revisor fiscal o representante legal sobre el cumplimiento de dichas obligaciones. Nota 1: El contratista deberá presentar con su cuenta, los informes escritos por cada actividad ejecutada sobre el avance en la ejecución del proyecto, en los cuales debe incluir certificaciones de las actividades realizadas y cantidades entregadas; soportes, evidencias, planillas de asistencias, facturas, y/o demás soportes, y un informe final en el cual se relacionen las actividades desarrolladas durante la ejecución del proyecto, acompañado de sus respectivos soportes, los cuales deberán ser entregados a la Secretaria Local de Salud acorde a la normatividad vigente en archivo y en los formatos exigidos por la supervisión del contrato		
PLAZO DEL CONTRATO		El plazo de ejecución del contrato será hasta el 31 de diciembre de 2025 o hasta agotar el presupuesto oficial, lo que primero ocurra, sin superar la vigencia fiscal 2025; contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución contemplados en la ley.			

DATOS PRESUPUESTALES		NUMERO	EXPEDIDO	VALOR
CERTIFICADO DE DISPONIIBILIDAD PRESUPUESTAL	CDP	1272	14/3/25	120,000,000
CERTIFICADO DE DISPONIIBILIDAD PRESUPUESTAL ADICIONAL	CDP-ADCION	2847	28/7/25	59.603.640
REGISTRO PRESUPUESTAL	RP	2547	13/5/25	120.000.000
REGISTRO PRESUPUESTAL-ADICION	RP-ADICION	4642	25/8/25	59.603.640

GARANTIAS - POLIZAS	APLICAN	NO APLICAN	NUMERO DE LA POLIZA - FECHA EXPEDICION - RIESGOS QUE CUBRE
	X		NUMERO DE POLIZA: 47-44-101031251 FECHA DE EXPEDICIÓN: 14/05/2025 RIESGOS QUE CUBRE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMPARO: CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

FECHA APROBACION POLIZAS EN EL SECOP (EN CASO QUE APLIQUE - DIA/MES/AÑO)	14/05/2025
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO - VER FECHA SECOP (DIA/MES/AÑO)	15/05/2025

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

INFORME SUPERVISION No.	4	CONTRATISTA	CONTRATO	PAGINA	2-2
FECHA (DIA/MES/AÑO)	04/12/2025	DEPORTES SIN LIMITES S.A.S	1370-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%)-INICIAL	325011574	16/06/2025
PRO-DESARROLLO FRONTERIZO (1.5%)-ADICION	32504020645	30/10/2025

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			
MES PLANILLA	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO (DIA/MES/AÑO)	SI APLICA MARQUE X
AGOSTO	7988292553	5/11/25	X

RUT VIGENCIA ACTUAL (MARCAR SI ONO, SEGÚN LA RESPONSABILIDAD)	RESPONSABILIDAD SEGÚN RUT	MARCAR SI O NO
	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- INICIAL	$	120.000.000,00
VALOR ADICION	$	59.603.640,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$	179.603.640,00
(-) PAGOS REALIZADOS	$	119.999.333,60
(-) VALOR A PAGAR CUENTA No 4	$	32.819.867,00
(=) SALDO POR EJECUTAR	$	26.784.439,40
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	15/08/2025
FECHA DE FINZALIZACION DE LAS ACTIVIDADES	14/09/2025

VALOR A PAGAR ($)		
BASE GRAVABLE GENERAL		32.819.867,00
(+) IVA	19% IVA	
(=) TOTAL VALOR FACTURADO O COBRADO		32.819.867,00

COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE AL CONTRATISTA EL PAGO CORRESPONDIENTE A LA SUMA ($) DE:	32.819.867,00

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