


MUNICIPIO DE VALLEDUPAR		 <small>ALCALDÍA DE VALLEDUPAR</small>		PAGINA	1-2
SECRETARÍA LOCAL DE SALUD					
INFORME DE SUPERVISIÓN No.		5	FECHA (DÍA/MES/AÑO)		29/12/2025
INFORMACIÓN GENERAL					
CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIO (MARCAR X DONDE CORRESPONDA)		DE APOYO A LA GESTION		
			HONORARIOS PROFESIONALES		X
		NUMERO DEL CONTRATO	1884	FECHA VER SECOP (DIA/MES/AÑO)	1/08/2025
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR		NIT.	800.098.911-8	
CONTRATISTA	NOMBRE	KELLY JOHANA CARRILLO CASTRO			
	C.C.	1.065.578.469			
VALOR DEL CONTRATO (\$)	22.716.666,70		BASE GRAVABLE	22.716.666,70	
			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	1/08/2025	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)			1/08/2025		
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	1/09/2025		

INFORME SUPERVISION No.	5 ✓	CONTRATO	1884 ✓	PAGINA	2-2
FECHA (DIA/MES/AÑO)	29/12/2025 ✓	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
DICIEMBRE ✓	PENSION	9496314937 ✓	12/12/2025 ✓
	SALUD	9496314937 ✓	12/12/2025 ✓
	ARL	9496314937 ✓	12/12/2025 ✓
	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 ✓

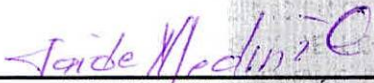
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIDO A ENTERA SATISFACCIÓN

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	✓ 3.916.666,67	FECHA INICIA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO)	1/12/2025 ✓
(+) IVA 19%		FECHA FINALIZA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO)	25/12/2025 ✓
(=) TOTAL	✓ 3.916.666,67		

COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE EL PAGO CORRESPONDIENTE AL CONTRATISTA, POR LA SUMA (\$) DE:	3.916.666,67 ✓
--	----------------

SUPERVISOR CONTRATO	FIRMA	
	NOMBRE	JAIDE MEDINA CALDERÓN
	CARGO	SECRETARIA LOCAL DE SALUD

A