| MUNICIPIO DE VALLEDUPAR<br>SECRETARIA LOCAL DE SALUD | | | | PAGINA | 1-2 |
|---|---|---|---|---|---|
| **INFORME DE SUPERVISIÓN No.** | 8 | **FECHA (DÍA/MES/AÑO)** | | 29/12/2025 | |

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO | | TIPO DE CONTRATO | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO | | |
| | | No. | 952-SGR | FECHA (DIA/MES/AÑO) DE APROBACION - VER SECOP | 28/03/2025 |
| CONTRATANTE | | MUNICIPIO DE VALLEDUPAR | | NIT. | 800.098.911-8 |
| CONTRATISTA | PERSONA NATURAL | NOMBRE | | | |
| | | C.C. | | | |
| | PERSONA JURIDICA | RAZON SOCIAL | WINTUKWA IPS-I | | |
| | | NIT | 900073645-8 | | |
| | | REPRESENTANTE LEGAL | BENEREXA MARIA MARQUEZ MALO | | |
| | | C.C. | 42.496.642 | | |
| VALOR DEL CONTRATO ($) | | 180.000.000 | | BASE GRAVABLE | 180.000.000 |
| | | | | IVA (19%) | |
| OBJETO DEL CONTRATO | | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ORIENTADAS A LA POBLACION INDIGENA ARHUACA ENMARCADAS DENTRO DE LAS AREAS DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR AÑO 2025 | | | |
| FORMA DE PAGO | | EL MUNICIPIO pagará el valor del contrato en NUEVE (9) cuotas mensuales vencidas por el valor de las actividades efectivamente ejecutadas en el respectivo mes, de conformidad con los precios presentados en la propuesta, para lo cual deberá aportar:<br><br>- Informes de ejecución y servicios prestados (técnicos y financieros debidamente cargados en la plataforma SECOP II con todos los soportes)<br>- 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,<br>-Factura o cuenta de cobro según corresponda<br>- 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.<br><br>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 y cargados en su integridad y calidad en la plataforma SECOP II.<br><br>Nota 2: La presentación de la cuenta debe realizarse dentro de los cinco días siguientes a la fecha de corte de cada periodo contractual.<br><br>Nota 3: El pago del talento humano no debe estar sujeto al desembolso del recurso de las acciones del PIC, por cuanto el contratista debe contar con la capacidad técnica operativa en virtud de lo dispuesto en el artículo 4 de la Resolución 00295 de 2023. | | |
| PLAZO DEL CONTRATO | | El plazo de ejecución del contrato a celebrar es de **NUEVE (9) MESES** contados a partir del inicio de la ejecución en la plataforma SECOP II una vez expedido el correspondiente Registro Presupuestal. | | | |

| DATOS PRESUPUESTALES | | NUMERO | EXPEDIDO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| CERTIFICADO DE DISPONIIBILIDAD PRESUPUESTAL | CDP | 1273 | 14/03/2025 | 180.000.000 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | RP | 1759 | 28/03/2025 | 180.000.000 |

| GARANTIAS - POLIZAS | APLICAN | NO APLICAN | NUMERO DE LA POLIZA - FECHA EXPEDICION - RIESGOS QUE CUBRE |
|---|---|---|---|
| | | X | |

| | |
|---|---|
| FECHA APROBACION POLIZAS EN EL SECOP<br>(EN CASO QUE APLIQUE - DIA/MES/AÑO) | |
| FECHA DE INICIO DEL CONTRATO - VER FECHA SECOP (DIA/MES/AÑO) | 28/03/2025 |

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

| INFORME SUPERVISION No. | 8 | CONTRATISTA | CONTRATO | PAGINA | 2-2 |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA (DIA/MES/AÑO) | 29/12/2025 | WINTUKWA IPS-I | 952-SGR | | |

## ESTAMPILLAS MUNICIPALES

| ESTAMPILLAS | NÚMERO DE RECIBO | FECHA DE PAGO (DIA/MES/AÑO) | DECRETO 000110 05/02/2024 |
|---|---|---|---|
| PRO-UNICESAR (0,5%) | N/A, Artículos 171 y 184 del Acuerdo No 015 de 2018 se encuentran exentos de pago de estampillas los contratos o convenios interadministrativos ... | | |
| PRO-CULTURA (2%) | N/A, Artículos 171 y 184 del Acuerdo No 015 de 2018 se encuentran exentos de pago de estampillas los contratos o convenios interadministrativos ... | | |
| BIENESTAR ADULTO MAYOR (4%) | N/A, Artículos 171 y 184 del Acuerdo No 015 de 2018 se encuentran exentos de pago de estampillas los contratos o convenios interadministrativos ... | | |

## ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL

| ESTAMPILLA | NÚMERO DE RECIBO | FECHA (DIA/MES/AÑO) |
|---|---|---|
| PRO-DESARROLLO FRONTERIZO (1.5%) | N/A, Artículo 182 de la Ordenanza No 066 de 2012 se exceptua del pago de estampilla los contratos que correspondan a las acciones de salud pública o atención en salud ... | |

| 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) | |
| | | | |

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

## EJECUCION FINANCIERA

| | | |
|---|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO | 180.000.000,00 | |
| PAGOS REALIZADOS | 151.868.148,00 | |
| VALOR A PAGAR | 22.631.852,00 | |
| (=) SALDO POR EJECUTAR | 5.500.000,00 | |
| 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 SATISFACCIÓN 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 | 28/10/2025 |
| FECHA DE FINZALIZACION DE LAS ACTIVIDADES | 27/11/2025 |

## VALOR A PAGAR ($)

| | | |
|---|---|---|
| BASE GRAVABLE GENERAL | | 22.631.852,00 |
| (+) IVA | 19% IVA | |
| (=) TOTAL VALOR FACTURADO O COBRADO | | 22.631.852,00 |

| COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE AL CONTRATISTA EL PAGO CORRESPONDIENTE A LA SUMA ($) DE: | 22.631.852,00 |
|---|---|

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SALUD

## SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
## FORMATO DE EJECUCIÓN FINANCIERA PIC 2025

### CONTRATO INTERADMINISTRATIVO ACTIVIDADES PIC WINTUKWA IPSI # 952-SGR DE 28 MARZO DE 2025

| AREAS/DIMEN | Rubro Presupuestal | Valor Contratado | CDP | RP | PAGO 8 | TOTAL EJECUTADO | % EJECUCION | SALDO POR EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1-SA-ETV | 21 - 2 - 2.3.2.02.02.009.19.05.050.01.1902107.01 - 32 | $ 88.000.000,00 | | | $ 5.500.000,00 | $ 82.500.000,00 | 94% | $ 5.500.000,00 |
| **1-SA** | | **$ 88.000.000,00** | | | **$ 5.500.000,00** | **$ 82.500.000,00** | **94%** | **$ 5.500.000,00** |
| 4-SAN | 21 - 2 - 2.3.2.02.02.009.19.05.050.01.1902107.01 - 32 | $ 13.800.000,00 | | | $ 6.900.000,00 | $ 13.800.000,00 | 100% | $ - |
| **4-SAN** | | **$ 13.800.000,00** | | | **$ 6.900.000,00** | **$ 13.800.000,00** | **100%** | **$ -** |
| 5-SDSR | 21 - 2 - 2.3.2.02.02.009.19.05.050.01.1902107.01 - 32 | $ 13.800.000,00 | | | | $ 13.800.000,00 | 100% | $ - |
| **5-SDSR** | | **$ 13.800.000,00** | 1273 | 1759 | **$ -** | **$ 13.800.000,00** | **100%** | **$ -** |
| PAI | 21 - 2 - 2.3.2.02.02.009.19.05.050.01.1902107.01 - 32 | $ 16.000.000,00 | | | | $ 16.000.000,00 | 100% | $ - |
| **PAI** | | **$ 16.000.000,00** | | | **$ -** | **$ 16.000.000,00** | **100%** | **$ -** |
| EERD | 21 - 2 - 2.3.2.02.02.009.19.05.050.01.1902107.01 - 32 | $ 48.400.000,00 | | | $ 10.231.852,00 | $ 48.400.000,00 | 100% | $ - |
| **EERD** | | **$ 48.400.000,00** | | | **$ 10.231.852,00** | **$ 48.400.000,00** | **100%** | **$ -** |
| | | **$ 180.000.000,00** | | | **$ 22.631.852,00** | **$ 174.500.000,00** | **$ 4,94** | **$ 5.500.000,00** |

**FECHA DE VALIDACIÓN** :29/12/2025

**PERIODO EJECUTADO:** 28 DE OCTUBRE AL 27 DE NOVIEMBRE DE 2025

**APROBADO:** JAIDE MEDINA CALDERON
SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR