INFORME DE SUPERVISION			
DENOMINACIÓN DEL CONTRATO			
N° DEL INFORME:	01	**FECHA DEL INFORME:**	FEBRERO DE 2026
N° CONTRATO Y ID DEL CONTRATO EN EL SECOP:	CD-PS-SSM-084-2026 CO1.PCCNTR.9208956	**FECHA DE SUSCRIPCIÓN :**	02 DE FEBRERO DE 2026
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA DE LOS ANGELES CASTILLA		
IDENTIFICACIÓN:	1.121.296.957		
DE LA ETAPA PRECONTRACTUAL			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA EN LOS DIFERENTES PROCESOS DE LA SECRETARIA DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE HATONUEVO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**IDENTIFICACIÓN:**	**PLAZO DEL CONTRATO**	
ADRIANA DIANA BARRIOS ORTIZ	1.121.296.682	SERA DE CUATRO (4) MESES, EN TODO CASO SIN EXCEDER DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2026	
NÚMERO DE CDP:	2026012002	**FECHA**	20 DE ENERO DE 2026
NÚMERO DE CERTIFICADO RP:	2026012906	**FECHA**	29 DE ENERO DE 2026
GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA:			
AMPAROS	**ASEGURADORA**	**N° DE PÓLIZA**	**VIGENCIA DESDE/HASTA**
CUMPLIMIENTO	N/A	N/A	/
PAGO ANTICIPADO	N/A	N/A	/
SALARIO Y PRESTACIONES	N/A	N/A	/
OTROS	N/A	N/A	/
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	**FORMA DE PAGO**		
2 DE FEBRERO DE 2026	**UN (01) PAGO MENSUAL**, CADA UNO POR VALOR DE **DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS ($2.649.900,00),** PAGADERO EL ULTIMO DÍA HÁBIL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE, PREVIA CERTIFICACIÓN A SATISFACCIÓN EMITIDA POR EL SUPERVISOR		

SE REALIZÓ ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO?					
ANTICIPO	**SI**		**VALOR:**		
	NO	X			

PAGO ANTICIPADO	**SI**		**VALOR:**		
	NO	X			
EN LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO HUBO					
OTRO SI	**FECHA**			**NÚMERO**	
ADICIONES	**FECHA**			**NÚMERO**	
	VALOR				

PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES Y DEPARTAMENTALES			
DENOMINACIÓN DEL IMPUESTO	**APLICA**	**N° DE RECIBO**	**VALOR**

ACREDITACIÓN PAGO DE APORTES	**40% DEL CONTRATO**	**VALOR PAGADO**
SALUD	$ 1.059.960	$ 211.600
PENSIÓN	$ 1.059.960	$ 270.900
ARL	$ 1.059.960	$ 8.900

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
VALOR DEL CONTRATO	$ 10.599.600		
VALOR EJECUTADO	$ 2.649.900		
VALOR COBRADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 2.649.900	**N° FACTURA / CUENTA DE COBRO**	001-2026
VALOR POR EJECUTAR	$ 7.949.700		
PERIODO DE EJECUCIÓN	FEBRERO DE 2026		

CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO

CON EL PRESENTE INFORME DEJO CONSTANCIA QUE HE SUPERVISADO Y VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES A CARGO DE LA PRESENTE FUNCIONARIA DURANTE EL PERIODO OBJETO DE COBRO, DE IGUAL MANERA LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO LOS HE REVISADO PERSONALMENTE, POR LO QUE RATIFICO EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO, COMO TAMBIÉN DEJÓ CONSTANCIA QUE EL PAGO DE LOS IMPUESTOS Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDE A LAS NORMAS VIGENTES, DE IGUAL MANERA ADJUNTO EL INFORME DEL CONTRATISTA DONDE SE DETALLAN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL, CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO.

MARÍA CASTILLA ORTIZ

FIRMA DEL SUPERVISOR

LA SUSCRITA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO HATONUEVO

CERTIFICA:

Que **ADRIANA DIANA BARRIOS ORTIZ** identificada con cedula de ciudadanía Nº 1.121.296.682, como contratista del CD-PS-SSM-084-2026; con ID del contrato en el SECOP CO1.PCCNTR.9208956 con el objeto: **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA EN LOS DIFERENTES PROCESOS DE LA SECRETARIA DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE HATONUEVO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.** Ha venido cumpliendo satisfactoriamente con el objeto de las actividades programadas del mes de febrero de 2026 y la entrega de informes realizados en cumplimiento a las actividades del contrato en mención, por lo anterior se debe realizar el respectivo pago mensual por valor de **DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS ($2.649.900,00).**

La presente certificación es expedida en Hatonuevo-La Guajira en el mes de febrero de 2026.

Atentamente,

MARÍA CASTILLA ORTIZ

MARIA DE LOS ANGELES CASTILLA ORTIZ
Secretaria de Salud municipal de Hatonuevo