



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

DATOS GENERALES

CONTRATO	x	CONVENIO	
----------	---	----------	--

CONTRATANTE	MUNICIPIO DE ASTREA
NIT	892301541-1
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	CONTRATACIÓN DRIECTA
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD	Secretaría Local de Salud
NUMERO DEL CONTRATO O CONVENIO	CPS- 100-2026
FECHA DE SUSCIPCIÓN	30/07/2025
OBJETO DEL CONTRATO	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PARA LOS DIFERENTES PROGRAMA DE SALUD PUBLICA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)- INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA)Y ENFERMEDAD TRASMITIDA POR VECTORES (ETV), EN LA GESTION OPERATIVA PARA LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE PROMOCION, PREVENCION, MANEJO Y CONTROL DE EVENTOS DE INTERESES EN SALUD PUBLICA".
CONTRATISTA	JEAN CARLOS NUÑEZ GUTIERREZ
IDENTIFICACIÓN	C.C 1065.583.697
REPRESENTANTE LEGAL	JEAN CARLOS NUÑEZ GUTIERREZ
IDENTIFICACIÓN	C.C 1065.583.697





VALOR DEL CONTRATO	CATORCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$14.500.000)
FORMA DE PAGO	Mensualidades vencidas previo cumplimiento de sus obligaciones descritas en el contrato.
PLAZO DEL CONTRATO	CINCO (05) MESES
SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARIA TERESA CORREA MARTINEZ
FECHA DE INICIO	30/01/2026
FECHA DE TERMINACIÓN	30/06/2026

DATOS FINANCIEROS

CERTIFICADO(S) DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL – CDP	
No.	CDP-2026-00127
VALOR	\$14.500.000
FECHA	26/01/2026

REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES) – RP	
No.	RP -2026-000133
VALOR	\$14.500.000
FECHA	30/01/2026
RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) AFECTADO(S)	2.3.2.02-02-009-12 fortalecimiento de la autoridad sanitaria





**RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A
LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.**

TIPO DE APOORTE	PLANILLA N°	IBC	VALOR LIQUIDADO	VALOR PAGADO	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE
SALUD	9505364373		\$400.000	\$990.000	mayo-2026
PENSIÓN			\$512.000		
ARL			\$78.000		

Que, de acuerdo al presente contrato, el pago se establece cuarto **pago** de cinco mensualidades vencidas, previa presentación del informe de gestión adelantada.

Que el contratista presenta informe equivalente al (80%) de todas las actividades adelantadas bajo la dirección de la supervisión y verificada su veracidad, según el objeto contractual.

Que el suscrito supervisor certifica el cumplimiento de las obligaciones del contratista.

Se da visto bueno para realizar el **cuarto pago del contrato No. cps- 100-2026** por valor de **DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS (\$2.900.000)** PESOS MONEDA LEGAL. por concepto de las actividades adelantadas de "PRESTACION DE SERVICIO EN APOYO A LA IMPLEMENTACION DE LAS LINEAS ESTRATEGICAS DEL PLAN DECONTINGENCIA DE FIEBRE AMARILLA, DENGUE Y PAN DE ABORDAJE COMUNITARIO EN EL MARCO DE LA VIGILANCIA BASADA EN LA COMUNIDAD, SOPORTE ADMINISTRATIVO Y DE GESTION A LAS ACTIVIDADES IMPARTIDAS DESDE LA REFERENTE PAI DEL MUNICIPIO DE ASTREA CESAR VIGENCIA 2025"

CERTIFICO que en cumplimiento de mis obligaciones como Supervisor, recibí, revisé y aprobé personalmente los documentos que aportó el contratista y que





fueron la base de los datos que suministró en este Informe por medio del cual autorizo realizar el pago del valor antes expresado; así mismo dejo constancia que el contratista realizó los pagos por los valores correspondientes a los impuestos requeridos para la legalización del contrato y que he verificado que el contratista ha cumplido con el pago de los aportes a Seguridad Social y que existe una correcta relación entre las sumas canceladas con las que fueron cotizadas por el contratista, además que el valor cotizado corresponda al porcentaje y sobre la base señalada por las normas vigentes sobre la materia.


MARIA TERESA CORREA MARTINEZ
Secretaría Local de Salud
Supervisor

Nombre:	MARIA TERESA CORREA MARTINEZ
Identificación:	36.712.215
Teléfono:	3108829060
E-mail:	secretariadesalud@astrea-cesar.gov.co
Fecha:	19/06/2026

