MUNICIPIO DE VALLEDUPAR SECRETARIA LOCAL DE SALUD				PAGINA	1-2
INFORME DE SUPERVISIÓN No.	2	FECHA (DIA/MES/AÑO)		23/12/2025	

INFORMACIÓN GENERAL

CONTRATO		TIPO DE CONTRATO		CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	
		No.	2607-SGR	FECHA (DIA/MES/AÑO) DE APROBACION - VER SECOP	29/08/2025
CONTRATANTE		MUNICIPIO DE VALLEDUPAR		NIT.	800.098.911-8
CONTRATISTA	PERSONA NATURAL	NOMBRE			
		C.C.			
	PERSONA JURIDICA	RAZON SOCIAL		INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL DEL CESAR	
		NIT	892300226-1		
		REPRESENTANTE LEGAL		SANDRA MILENA ALBOR ARAUJO	
		C.C.		22.605.824	
VALOR DEL CONTRATO ($)		90.000.000		BASE GRAVABLE	90.000.000
				IVA (19%)	0
OBJETO DEL CONTRATO		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BÁSADA EN COMUNIDAD DE LA SECRETARIA LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR – AÑO 2025			
FORMA DE PAGO		EL MUNICIPIO pagará el valor del contrato en TRES (3) 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: - 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.			
PLAZO DEL CONTRATO		TRES (3) MESES			

DATOS PRESUPUESTALES		NUMERO	EXPEDIDO	VALOR
CERTIFICADO DE DISPONIIBILIDAD PRESUPUESTAL	CDP	2845	28/07/2025	90.000.000
REGISTRO PRESUPUESTAL	RP	4945	29/08/2025	90.000.000

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

FECHA APROBACION POLIZAS EN EL SECOP (EN CASO QUE APLIQUE - DIA/MES/AÑO)	
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO - VER FECHA SECOP (DIA/MES/AÑO)	01/09/2025

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

INFORME SUPERVISION No.	2	CONTRATISTA	CONTRATO	PAGINA	2-2
FECHA (DIA/MES/AÑO)	18/12/2025	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE	2607-SGR		

ESTAMPILLAS MUNICIPALES

ESTAMPILLAS	NUMERO DE RECIBO	FECHA DE PAGO (DIA/MES/AÑO)	DECRETO 000110 DE 05/02/2024

PRO-UNICESAR (0,5%)	N/A, Articulos 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, Articulos 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, Articulos 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 ONO, 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	NO ✓
	GRAN CONTRIBUYENTE	NO ✓

EJECUCION FINANCIERA

VALOR DEL CONTRATO	✓ 90.000.000	
(-) PAGOS REALIZADOS	✓ 30.000.000	
(-) VALOR A PAGAR	✓ 30.000.000	
(=) SALDO POR EJECUTAR	30.000.000	
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	01/10/2025 ✓
FECHA DE FINZALIZACION DE LAS ACTIVIDADES	31/10/2025 ✓

VALOR A PAGAR ($)

BASE GRAVABLE GENERAL		30.000.000 ✓
(+) IVA	19% IVA	0
(=) TOTAL VALOR FACTURADO O COBRADO		30.000.000 ✓
COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE AL CONTRATISTA EL PAGO CORRESPONDIENTE A LA SUMA ($) DE:		30.000.000 ✓

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