

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD				PAGINA	1-1
MUNICIPIO DE VALLEDUPAR					
INFORME DE SUPERVISIÓN No.		1	FECHA (DIA/MES/AÑO)		11/12/2023
INFORMACIÓN GENERAL					
CONTRATO	TIPO DE CONTRATO		PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	No.	2015	FECHA VER SECOP (DIA/MES/AÑO)	26/10/2023	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR		NIT.	800.098.911-8	
CONTRATISTA	NOMBRE	ANGELA SOFIA MENDEZ GUERRA			
	C.C.	1.065.612.545			
VALOR DEL CONTRATO (\$)	6.266.666		BASE GRAVABLE	6.266.666	
			IVA (19%)	NO APLICA	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL ESPECIALIZADO QUE BRINDE ACOMPAÑAMIENTO EN LA DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL DE LA SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR (CESAR) AÑO 2023				
FORMA DE PAGO	EL MUNICIPIO pagará el valor del contrato en DOS (2) pagos, un primer (01) pago mes vencido por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4 000 000) MCTE, y un último pago por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS (\$ 2 266 666) 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	UN (01) MES Y DIECISIETE (17) DIAS				
DATOS PRESUPUESTALES		NUMERO	EXPEDIDO	VALOR	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CDP	3317	13/10/2023	8.000.000	
REGISTRO PRESUPUESTAL	RP	5295	26/10/2023	6.266.666	
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO - VER FECHA SECOP (DIA/MES/AÑO)			26/10/2023		
SUPERVISOR DEL CONTRATO	NOMBRE	HOLMER JIMENEZ DITTA			
	CARGO - AREA	SECRETARIO LOCAL DE SALUD			
ESTAMPILLAS MUNICIPALES	SE ACOGE AL DECRETO 000062 DEL 27/01/2023	NÚMERO DE RECIBO	FECHA DE PAGO DIA/MES/AÑO	VALOR (\$)	
	PRO-UNICESAR (0,5%)	X			
PRO-CULTURA (2%)	X				
BIENESTAR ADULTO MAYOR (4%)	X				
TOTAL PAGADO					
ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL		NUMERO DE RECIBO	DIA/MES/AÑO	VALOR (\$)	
PRO-DESARROLLO FRONTERIZO (1.5%)		32023028822	24/11/2023	94.000.00	
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	COMO SUPERVISOR VERIFIQUE QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO 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	NUMERO DE LA PLANILLA	DIA/MES/AÑO	VALOR (\$)		
OCTUBRE	PENSIÓN	4530748190	11/12/2023	262.800	
	SALUD	4530748190	11/12/2023	205.400	
	ARL	4530748190	11/12/2023	8.700	
	TOTAL CANCELADO			476.900	
SI NO PAGA PENSION JUSTIFICAR - ANEXAR SOPORTE					
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.					
PERÍODO COMPRENDIDO - PERÍODO A PAGAR (DIA/MES/AÑO)					
FECHA DE INICIO ACTIVIDADES		26/10/2023	FECHA DE FINALIZACIÓN ACTIVIDADES		25/11/2023
COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE EL PAGO CORRESPONDIENTE AL CONTRATISTA, POR LA SUMA (\$) DE:			4.000.000		
SUPERVISOR CONTRATO	FIRMA				
	NOMBRE	HOLMER JIMENEZ DITTA			
	CARGO	SECRETARIO LOCAL DE SALUD			