


544

MUNICIPIO DE VALLEDUPAR				PAGINA	1-2
SECRETARÍA LOCAL DE SALUD					
INFORME DE SUPERVISIÓN No.	9	FECHA (DÍA/MES/AÑO)	23/12/2024		
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>					
CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIO (MARCAR X DONDE CORRESPONDA)	DE APOYO A LA GESTION			
		HONORARIOS PROFESIONALES		X	
	NUMERO DEL CONTRATO	527	FECHA VER SECOP (DIA/MES/AÑO)	5/04/2024	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR		NIT.	800.098.911-8	
CONTRATISTA	NOMBRE	KATIUSKA BENDECK NARVÁEZ			
	C.C.	49.716.517			
VALOR DEL CONTRATO INICIAL (\$)	21.600.000	BASE GRAVABLE	21.600.000		
		IVA (19%)	NO APLICA		
VALOR DEL CONTRATO ADICIÓN (\$)	9.000.000	BASE GRAVABLE	9.000.000		
		IVA (19%)	NO APLICA		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (\$)	30.600.000	BASE GRAVABLE	30.600.000		
		IVA (19%)	NO APLICA		
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL QUE BRINDE APOYO AL PROCESO DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN EL ÁREA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LA SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR (CESAR) AÑO 2024.				
FORMA DE PAGO - INICIAL	EL MUNICIPIO pagará el valor del contrato en SEIS (6) pagos mes vencido por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$3.600.000) MCTE, 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				
FORMA DE PAGO - ADICIÓN	EL MUNICIPIO pagará al contratista el valor del contrato en OCHO (08) PAGOS mes vencido por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$3.600.000) MCTE, y UN ÚLTIMO PAGO por el valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$1.800.000) MCTE, 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 - INICIAL	SEIS (6) MESES				
PLAZO DEL CONTRATO - ADICIÓN	DOS (2) MESES, QUINCE (15) DÍAS				
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	OCHO (08) MESES, QUINCE (15) DÍAS				
<b>DATOS PRESUPUESTALES - INICIALES</b>		NUMERO	EXPEDIDO (DIA/MES/AÑO)	VALOR	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CDP	807	7/03/2024	21.600.000	
REGISTRO PRESUPUESTAL	RP	1081	5/04/2024	21.600.000	
<b>DATOS PRESUPUESTALES - ADICIÓN</b>		NUMERO	EXPEDIDO (DIA/MES/AÑO)	VALOR	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CDP	2236	8/08/2024	9.000.000	
REGISTRO PRESUPUESTAL	RP	4126	26/09/2024	9.000.000	
POLIZAS (DILIGENCIE DONDE CORRESPONDA)	NO APLICA POLIZA (MARQUE X)			X	
	SI APLICA POLIZA	NUMERO	FECHA DE EXPEDICION (DIA/MES/AÑO)		
FECHA APROBACION POLIZA EN EL SECOP			DIA/MES/AÑO		
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO - VER SECOP (DIAMES/AÑO)			6/04/2024		
SUPERVISOR DEL CONTRATO	NOMBRE	JAIDE MEDINA CALDERON			
	CARGO - AREA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD			

505

INFORME SUPERVISION No.	9	CONTRATO	527	PAGINA	2-2
FECHA (DIA/MES/AÑO)	23/12/2024	CONTRATISTA	KATIUSKA BENDECK NARVÁEZ		
<b>ESTAMPILLAS MUNICIPALES - INICIALES</b>					
ESTAMPILLAS	NÚMERO DE RECIBO	FECHA DE PAGO (DIA/MES/AÑO)	DECRETO 000110 DEL 05/02/2024		
PRO-UNICESAR (0,5%)			X		
PRO-CULTURA (2%)			X		
BIENESTAR ADULTO MAYOR (4%)			X		
<b>ESTAMPILLAS MUNICIPALES - ADICIÓN</b>					
ESTAMPILLAS	NÚMERO DE RECIBO	FECHA DE PAGO (DIA/MES/AÑO)	DECRETO 000110 DEL 05/02/2024		
PRO-UNICESAR (0,5%)			X		
PRO-CULTURA (2%)			X		
BIENESTAR ADULTO MAYOR (4%)			X		
<b>ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL - INICIAL</b>					
ESTAMPILLA	NÚMERO DE RECIBO	DIA/MES/AÑO			
PRO-DESARROLLO FRONTERIZO (1.5%)	32024012956	14/05/2024			
<b>ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL - ADICIÓN</b>					
ESTAMPILLA	NÚMERO DE RECIBO	DIA/MES/AÑO			
PRO-DESARROLLO FRONTERIZO (1.5%)	32024023859	7/11/2024			
<b>APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>					
<p>COMO SUPERVISOR VERIFIQUÉ QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ 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.</p>					
MES DE LA PLANILLA	CONCEPTO	NUMERO DE PLANILLA	DIA/MES/AÑO		
DICIEMBRE	PENSION	4581006369	6/12/2024		
	SALUD	4581006369	6/12/2024		
	ARL	4581006369	6/12/2024		
SI EL CONTRATISTA NO PAGA PENSION DEBE JUSTIFICAR Y ANEXAR COPIA DEL SOPORTE	MOTIVO				
	ANEXAR SOPORTE				
IMPRESIÓN RUT 2024 (MARCAR SI O NO, SEGÚN CORRESPONDA LA RESPONSABILIDAD)	RESPONSABLE DE IVA (MARQUE SI O NO)				NO
	FACTURADOR ELECTRONICO (MARQUE SI O NO)				NO
	REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION (MARQUE SI O NO)				NO
<b>CERTIFICACION DE CUMPLIDO A ENTERA SATISFACCION</b>					
<p>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</p>					
<b>PERIODO COMPRENDIDO Y VALOR A PAGAR</b>					
BASE GRAVABLE	1.800.000	FECHA INICIA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO)	6/12/2024		
(+) IVA 19%		FECHA FINALIZA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO)	20/12/2024		
(=) TOTAL	1.800.000				
COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE EL PAGO CORRESPONDIENTE AL CONTRATISTA, POR LA SUMA (\$) DE:				1.800.000	
SUPERVISOR CONTRATO	FIRMA	<i>Jaide Medina Calderon</i>			
	NOMBRE	JAIDE MEDINA CALDERON			
	CARGO	SECRETARIA LOCAL DE SALUD			
Carrera 5 No. 15-69, primer piso - teléfono: 5 84 24 00 - www.valledupar-cesar.gov.co					

546

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA - PERSONA NATURAL			
NO RESPONSABLE DE IVA			
Consecutivo No.	9	Fecha de expedición (día/mes/año)	23/12/2024
ADQUIRENTE DE LOS BIENES O SERVICIOS			
Cliente - NIT	Municipio De Valledupar	NIT: 800.098.911-8	
Dirección	Carrera 5 N° 15-69, Plaza Alfonso López	Teléfono: 5 84 24 00	
PRESTADOR DEL BIEN O SERVICIO			
NOMBRE DEL CONTRATISTA	KATIUSKA BENDECK NARVÁEZ		
Documento de identidad	49.716.517		
Residencia	Dirección	CL. 5 No. 27-62	
	Barrio - ciudad	ORIENTES DE CALLEJAS	
Teléfono	Fijo	Celular	3012087261
Correo electrónico	katiuskabendecknarvaez@gmail.com		
MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO			MARQUE SI O NO
<p>Dando cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Decreto Reglamentario 2231 del 22/12/2023, expedido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, <b>manifiesto bajo la gravedad de juramento que:</b> Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales que no provienen de una relación laboral. En mi depuración del impuesto sobre la renta NO usaré costos o deducciones asociados a dichas rentas y sí la renta exenta del 25% contenida en el numeral 10 del artículo 206 del E.T.</p>			SI
Declarante de renta (marcar si o no)	NO		
DATOS DEL CONTRATO			
Número del contrato	527	Fecha de aprobación del contrato en el Secop (día/mes/año)	05/04/2024
CONCEPTO DEL BIEN O SERVICIO PRESTADO (OBJETO DEL CONTRATO)			
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL QUE BRINDE APOYO AL PROCESO DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN EL ÁREA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LA SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR (CESAR) AÑO 2024.			
PERIODO COMPRENDIDO (PERIODO A COBRAR)			
Fecha en que inician las actividades	Día/mes/año	06/12/2024	
Fecha en que finalizan las actividades	Día/mes/año	20/12/2024	
VALOR (\$) A COBRAR			
Valor en números	1.800.000		
CUENTA BANCARIA			
FIRMA DEL CONTRATISTA <i>KATIUSKA BENDECK NARVÁEZ</i>	Entidad bancaria	BBVA	
	Cuenta de ahorro No.	938621174	
	Cuenta Corriente No.		