

| MUNICIPIO DE VALLEDUPAR                                |  |   |  |                                | PAGINA                             | 1-2 |
|--|--|---|---|--------------------------------|------------------------------------|-----|
| SECRETARÍA LOCAL DE SALUD                              |  |   |   |                                |                                    |     |
| INFORME DE SUPERVISIÓN No.                             |  | 4 /   | FECHA (DÍA/MES/AÑO)   |                                | 09/12/2025                         |     |
| INFORMACIÓN GENERAL                                    |  |   |   |                                |                                    |     |
| CONTRATO   | PRESTACION DE SERVICIO<br>(MARCAR X DONDE CORRESPONDA) |   | DE APOYO A LA GESTION   |                                |                                    |     |
|  |  |   | HONORARIOS PROFESIONALES  |                                | X /                                |     |
| NUMERO DEL CONTRATO                                    |  | 1824 /  | FECHA VER SECOP<br>(DIA/MES/AÑO)  |                                | 28/07/2025 /                       |     |
| CONTRATANTE  |  | MUNICIPIO DE VALLEDUPAR   |   | NIT.                           | 800.098.911-8                      |     |
| CONTRATISTA  |  | NOMBRE  |   | Katusca Bendeck Narvaez /      |                                    |     |
|  |  | C.C.  |   | 49.716.517 /                   |                                    |     |
| VALOR DEL CONTRATO (\$)                                |  | 18.375.000 /  |   | BASE GRAVABLE                  | 18.375.000 /                       |     |
|  |  |   |   | IVA (19%)                      | NO APLICA                          |     |
| OBJETO DEL CONTRATO                                    |  | PRESTACION DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL QUE BRINDE APOYO AL PROCESO DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN EL AREA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LA SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR CESAR AÑO 2025 /   |   |                                |                                    |     |
| FORMA DE PAGO  |  | EL MUNICIPIO pagará el valor del contrato en CINCO (5) PAGOS de la siguiente manera: CUATRO (4) PAGOS MES VENCIDO POR VALOR DE TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$3.750.000) MCTE, Y UN (1) ÚLTIMO PAGO POR VALOR DE TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS (\$3.375.000) MCTE, CORRESPONDIENTE A LOS VEINTISIETE (27) DÍAS, 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                                     |  | CUATRO (4) MESES, VEINTISIETE (27) DÍAS /   |   |                                |                                    |     |
| DATOS PRESUPUESTALES                                   |  |   | NUMERO  | EXPEDIDO<br>(DIA/MES/AÑO)      | VALOR                              |     |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL             |  | CDP   | 2132 /  | 18/06/2025 /                   | 20.000.000 /                       |     |
| REGISTRO PRESUPUESTAL                                  |  | RP  | 3795 /  | 28/07/2025 /                   | 18.375.000 /                       |     |
| POLIZAS<br>(DILIGENCIE DONDE CORRESPONDA)              |  | NO APLICA POLIZA (MARQUE X)   |   |                                | X /                                |     |
|  |  | SI APLICA<br>POLIZA   | NUMERO  |                                |                                    |     |
|  |  | FECHA DE EXPEDICION (DIA/MES/AÑO)   |   |                                |                                    |     |
| FECHA APROBACION POLIZA EN EL SECOP                    |  |   |   | DIA/MES/AÑO                    |                                    |     |
|  |  |   |   |                                |                                    |     |
| FECHA DE INICIO DEL CONTRATO - VER SECOP (DIA/MES/AÑO) |  |   |   | 29/07/2025 /                   |                                    |     |
| SUPERVISOR DEL<br>CONTRATO                             |  | NOMBRE  |   | JAIDE MEDINA CALDERON          |                                    |     |
|  |  | CARGO - AREA  |   | SECRETARIA DE SALUD            |                                    |     |
| ESTAMPILLAS MUNICIPALES                                |  |   |   |                                |                                    |     |
| ESTAMPILLAS  |  | NÚMERO DE RECIBO  |   | FECHA DE PAGO<br>(DIA/MES/AÑO) | DECRETO 000110<br>DEL 05/02/2024 / |     |

|                             |  |  |   |
|-----------------------------|--|--|---|
| PRO-UNICESAR (0,5%)         |  |  | X |
| PRO-CULTURA (2%)            |  |  | X |
| BIENESTAR ADULTO MAYOR (4%) |  |  | X |

**ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL**

|                                  |                         |                    |
|----------------------------------|-------------------------|--------------------|
| <b>ESTAMPILLA</b>                | <b>NÚMERO DE RECIBO</b> | <b>DIA/MES/AÑO</b> |
| PRO-DESARROLLO FRONTERIZO (1.5%) | 32504015917             | 1/09/2025          |

|                         |            |             |                         |        |     |
|-------------------------|------------|-------------|-------------------------|--------|-----|
| INFORME SUPERVISION No. | 4          | CONTRATO    | 1824                    | PAGINA | 2-2 |
| FECHA (DIA/MES/AÑO)     | 09/12/2025 | CONTRATISTA | Katusca Bendeck Narvaez |        |     |

**APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

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.

| MES DE LA PLANILLA | CONCEPTO | NUMERO DE PLANILLA | DIA/MES/AÑO  |
|--------------------|----------|--------------------|--------------|
| octubre ✓          | PENSION  | 4625617266 ✓       | 14/10/2025 ✓ |
|                    | SALUD    | 4625617266 ✓       | 14/10/2025 ✓ |
|                    | ARL      | 4625617266 ✓       | 14/10/2025 ✓ |
|                    | PENSION  |                    |              |
|                    | SALUD    |                    |              |
|                    | ARL      |                    |              |

|  |                |  |
|--|----------------|--|
| SI EL CONTRATISTA NO PAGA PENSION DEBE JUSTIFICAR Y ANEXAR COPIA DEL SOPORTE | MOTIVO         |  |
|  | ANEXAR SOPORTE |  |

|   |  |      |
|---|--|------|
| IMPRESIÓN RUT 2025 (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 ✓ |


**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.

**PERIODO COMPRENDIDO Y VALOR A PAGAR**

|               |             |  |              |
|---------------|-------------|--|--------------|
| BASE GRAVABLE | ✓ 3,750,000 | FECHA INICIA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO)   | 29/10/2025 ✓ |
| (+) IVA 19%   |             | FECHA FINALIZA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO) | 28/11/2025 ✓ |
| (=) TOTAL     | ✓ 3,750,000 |  |              |

COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE EL PAGO CORRESPONDIENTE AL CONTRATISTA, POR LA SUMA (\$) DE: **3,750,000** ✓

|                     |        |  |
|---------------------|--------|--|
| SUPERVISOR CONTRATO | FIRMA  |  |
|                     | NOMBRE | JAIDE MEDINA CALDERON  |
|                     | CARGO  | SECRETARIA DE SALUD  |

X