PAGO No.1

SECOP II

PERÍODO DE PAGO: 31-03-2021 al 30-04-2021	**VALOR A PAGAR:** $9.350.000

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
CONTRATO NO. Y FECHA: **0639-2021 del 30-03-2021**	**TIPO DE CONTRATO:** PRESTACION DE SERVICIOS	
CONTRATISTA: CASA DE FUNERALES RINCON S.A.S	**NIT:** 807.002.259-7	
CORREO: casadefuneralesrincon@gmail.com	**TELÉFONO:** (097) 5718317	
OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS EXEQUIALES PARA POBLACION DE EXTREMA POBREZA YVULNERABILIDAD EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA EN LA VIGENCIA 2021.		
DURACIÓN: NUEVE (9) MESES	**FECHA INICIO:** 31-03-2021	**FECHA FINAL:** 30-12-2021
DISP. PTAL. NO. Y FECHA: 0555 DEL 03-03-2021	**REGISTRO PTAL. NO. Y FECHA:** 0885-DEL 30-03-2021	
RUBRO PRESUPUESTAL: 2.3.2.02.02.009.41 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES EN INCLUSIÓN SOCIAL Y RECONCILIACIÓN	**VALOR DEL CONTRATO:** $50.000.000	

FORMA DE PAGO: FORMA DE PAGO:

Se pagará mediante acta de pagos parciales a satisfacción por parte del Supervisor designadodel Contrato. El pago está supeditado a disponibilidad del PAC.

La entidad efectuará al Contratista el pago acordado en pesos colombianos, dentro de los sesenta días siguientes al recibo de los documentos necesarios para la radicación de la cuentade cobro y de acuerdo con los servicios prestados y recibidas a satisfacción por la supervisión.

La Entidad no se hace responsable por las demoras presentadas en el trámite para el pago al Contratista cuando ellas fueren ocasionadas por encontrarse incompleta la documentación de soporte o no ajustarse a cualquiera de las condiciones establecidas en el presente Contrato y losdocumentos que de él hacen parte.

La Entidad hará las retenciones a que haya lugar sobre cada pago, de acuerdo con lasdisposiciones legales vigentes sobre la materia.

El Contratista deberá acreditar para cada pago derivado del contrato, que se encuentran al día enel pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda. El pago se hará utilizando el sistema de línea, porlo cual la empresa deberá colocar en la factura digital el nombre de la entidad bancaria, la clase yel número de cuenta, y que esta figure a nombre de la razón social (persona jurídica)

NÚMERO Y TIPO DE CUENTA: 08819956432 CORRIENTE	**ENTIDAD BANCARIA:** BANCOLOMBIA

2. DATOS DEL SUPERVISOR	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANGELICA PAOLA OSORIO CUBEROS	
DEPENDENCIA: Departamento Administrativo Bienestar Socialy Programas Especiales Alcaldía de Cúcuta	**CARGO** PROFESIONAL UNIVERSITARIO G01 DELDABS
CORREO ELECTRÓNICO: **angelica.osorio@cucuta.gov.co**	**TELÉFONO:** 3115753214

3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	SANITAS S.A.	7786247542	Marzo-21	$ 274.000
	COOMEVA S.A.	7786247542	Marzo-21	$ 72.800
	COOSALUD ESS	7786247542	Marzo-21	$36.400
	NUEV EPS	7786247542	Marzo-21	$ 132.300
	COMPENSAR	7786247542	Marzo-21	$ 36.400
	MEDIMAS	7786247542	Marzo-21	$ 145.600
PENSION	PROTECCION	7786247542	Marzo-21	$ 145.400
	COLPENSIONES	7786247542	Marzo-21	$ 1.177.800
	COLFONDOS	7786247542	Marzo-21	$ 436.200
	PORVENIR	7786247542	Marzo-21	$ 1.027.100
A.R.L.	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	7786247542	Marzo-21	$ 407.200
SALUD	FAMISANAR	7789843901	abr-21	$ 4.900
	SANITAS S.A.	7789843901	abr-21	$274.000
	COOMEVA S.A.	7789843901	abr-21	$72.800
	COOSALUD ESS	7789843901	abr-21	$36.400
	NUEV EPS	7789843901	abr-21	$120.200
	COMPENSAR	7789843901	abr-21	$36400
	MEDIMAS	7789843901	abr-21	$145.000
PENSION	PROTECCION	7789843901	abr-21	$145.400
	COLPENSIONES	7789843901	abr-21	$1.177.800
	COLFONDOS	7789843901	abr-21	$436.200
	PORVENIR	7789843901	abr-21	$998.100
A.R.L.	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	7789843901	abr-21	$ 386,300

4. RELACIÓN DE PAGOS DE ESTAMPILLAS		
ENTIDAD	**No. ESTAMPILLA**	**VALOR PAGADO**
PRO-DESARROLLO CIENTIFICO	610298	$93.500
IMRD	N/A	N/A

5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALOR**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$50.000.000
VALOR ADICIONALES	$ 0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$50.000.000
VALOR PAGADO	$ 0
VALOR COBRADO EN EL PRESENTE INFORME	$9.350.000
VALOR TOTAL EJECUTADO	$9.350.000
VALOR SALDO POR EJECUTAR	$40.650.000

6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo **CASA DE FUNERALES RINCON S.A.S**, CON NIT. No **807.002.259-7,** Representada legalmente por MARCELA ANAIS RINCON PEREZ, con cedula de ciudadanía 60.306.560 de Cúcuta en mi calidad de contratista:

1. Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual las cuales se encuentran descritas en el informe de cumplimiento.
2. Los documentos de soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión de acuerdo a la normatividad legal vigente, las estampillas correspondientes al valor cobrado.
3. Autorizo el pago en la cuenta bancaria registrada en la presente acta, de acuerdo a los documentos previamente enviados.
4. No he realizado cambios en mi Registro Único Tributario de acuerdo al documento registrado para el trámite de pagos ante la Alcaldía de Cúcuta.
5. Soy declarante de Impuesto de Renta: SI__X__ NO _____
6. Que para efectos de la aplicación del artículo 383 del E.T., bajo gravedad de juramento certifico:
   a. He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad pactada(Par. 2 Art. 383 ET). SI X NO _____
   b. De aplicarme y considerarlo necesario, me comprometo a informar y allegar a la entidadpara la depuración de la retención en la fuente los respectivos soportes, de acuerdo a los artículos 126 y 387 del E.T.



CASA DE FUNERALES RINCON S.A.SNIT.
No. 807.002.259-7
R.L. MARCELA ANAIS RINCON PEREZC
de C No. 60.306.560 de Cúcuta
CONTRATISTA

7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo **ANGELICA PAOLA OSORIO CUBEROS** con cédula de ciudadanía **37.397.166** en mi calidadde Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
2. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de cumplimiento, dentro del período de cobro; los cuales reposan en el expediente del contrato que se encuentra en las oficinas jurídicas del Departamento Administrativo de Bienestar Social dela alcaldía de Cúcuta;
3. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social de conformidad con lo señalado en la ley 100 de 1993 ley 797 de 2003 y art. 41 de la ley 80 de 1993, para lo cual allegó los respectivos recibos de pago del periodocorrespondiente, tal como lo exige el parágrafo 1° del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Teniendo en cuenta lo anterior autorizo el presente pago, a los DIEZ (10) días del mes de mayode 2021.

ANGELICA PAOLA OSORIO CUBEROS
SUPERVISOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contratodesignado por esta Secretaría, autorizo el presente pago,

DR. RENE FRANCISCO DIAZGRANDOS VILLAMIZAR
DIRECTOR DEL DEPARTAMETNO ADMINSITRATIVO DE BIENESTAR SOCIAL
ORDENADOR DEL GASTO