PAGO No. 4 de 6
SECOP II

Período de pago: del 21 de junio al 20 de julio de 2023	Valor a pagar: $ 3.333.750

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
Contrato No. y fecha: 1297 del 17 de marzo de 2023		Tipo de contrato: PRESTACION DE SERVICIOS
Contratista: INGRI JOHANA TORRADO BOHADA		NIT: 1094244285-2
Correo: johanatorrado@hotmail.com		Teléfono: 3225103977
2023C-038 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA DE LA SALUD O AFINES EN LA EJECUCION DEL PROYECTO DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA DEL MUNICIPIO DE CÚCUTA NORTE DE SANTANDER PARA EL PROGRAMA NO TRANSMISIBLES EN LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CÚCUTA.		
Duración: **6** MESES	Fecha Inicio: 21 de marzo de 2023	Fecha Final: 20 de septiembre de 2023
Disp. Ptal. No. y fecha: 00 001507 del 14 de marzo de 2023		Registro Ptal. No. y fecha: 00 001561 del 17 marzo de 2023
Rubro Presupuestal: 2.1.2.3.2.02.02.009.19 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES (FUENTE RECURSO 1.2.4.2.02.-SGP – SALUD-SALUD PUBLICA)		Valor del contrato: VEINTE MILLONES DOS MIL QUINIENTOS PESOS 00/100 M.C/TE. ($20.002.500)
Forma de Pago: SEIS (6) PAGOS MENSUALES POR VALOR DE TRES MILLONES TRECIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.C/TE. ($3.333.750.00) CADA UNO		
Número y tipo de cuenta: 82466410604 ahorros		Entidad bancaria: BANCOLOMBIA

2. DATOS DEL SUPERVISOR	
Nombre Del Supervisor: LEONARDO ERNESTO DURAN NAVARRO	
Dependencia: SALUD PUBLICA	Cargo: Subsecretario de salud publica
Correo electrónico: subsec.saludpublica@cucuta.gov.co	Teléfono: 3147314421

2. DATOS DEL SUPERVISOR	
Nombre Del Supervisor: MAYRA ALEJANDRA GUERRERO MUÑOZ	
Dependencia: DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES	Cargo: REFERENTE PROFESIONAL UNIVERSITARIA
Correo electrónico: cronicascucuta@gmail.com	Teléfono: 3155900609

3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	NUEVA EPS	4507693680	JUNIO-2023	$ 166.800
PENSIÓN	PORVENIR	4507693680	JUNIO-2023	$ 213.500
A.R.L	POSITIVA	4507693680	JUNIO-2023	$ 32.500

4. RELACIÓN DE PAGOS DE ESTAMPILLAS		
Entidad	**N° Estampilla**	**Valor pagado**
Prodesarrollo científico		
IMRD		

5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALOR**
Valor inicial del contrato	$20.002.500
Valor Adicionales	**$ 0**
Valor Total del Contrato	$20.002.500
Valor Pagado	$10.001.250
Valor Cobrado en el presente informe	$3.333.750
Valor total ejecutado	$13.335.000
Valor saldo por ejecutar	$6.667.500

6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo INGRI JOHANA TORRADO BOHADA con cedula de ciudadanía 1094244285 de Pamplona, 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 _____ NO __X____.
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 _____ NO __X__
   b. De aplicarme y considerarlo necesario, me comprometo a informar y allegar a la entidad para la depuración de la retención en la fuente los respectivos soportes, de acuerdo a los artículos 126 y 387 del E.T.

Johana Torrado Bohada

_____

INGRI JOHANA TORRADO BOHADA
CONTRATISTA

7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo **MAYRA ALEJANDRA GUERRERO MUÑOZ** con cédula de ciudadanía **1093743888** en mi calidad de 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 la secretaria de salud de la 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 periodo correspondiente, 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, de las actividades realizadas del 21 de junio al 20 de julio de 2023, se entrega el día 21 de julio de 2023.

MAYRA ALEJANDRA GUERRERO MUÑOZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO (E)
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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

FIRMA CON VALIDEZ PROVISIONAL

XIMENA MARCELA SÁNCHEZ ESTRADA.
SECRETARIA DE DESPACHO – SECRETARÍA DE SALUD