PAGO No.1 de 3 adicional
SECOP II

Período de pago: del 21 de septiembre al 20 de octubre 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: **9** MESES Duración: Adicional TRES (3) MESES	Fecha Inicio: 21 de marzo de 2023 Fecha Inicio Adicional: 21 DE SEPTIEMBRE DE 2023	Fecha Final: 20 DE SEPTIEMBRE DE 2023 Fecha Final Adicional: 20 DE DICIEMBRE DE 2023
Disp. Ptal. No. y fecha: 00001507 del 14 de marzo de 2023 Disp. Ptal. No. y fecha Adicional: 00004555 del 19 de septiembre de 2023	Registro Ptal. No. y fecha: 00001561 del 17 marzo de 2023 Registro Ptal. No. y fecha Adicional: 00004930 del 20 septiembre 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) Rubro Presupuesta Adicional l: 2.1.2.3.2.02.02.009.19 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES (FUENTE RECURSO 1.3.3.7.02.03-RB SGP – SALUD-SALUD PUBLICA)	Valor del contrato: $20.002.500, (VEINTE MILLONES DOS MIL QUINIENTOS PESOS 00/100 M. C/TE) Valor del contrato Adicional: $10.001.250, (DIEZ MILLONES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.C/TE)	
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 Forma de Pago Adicional: TRES (3) 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: 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	4522735942	SEPTIEMBRE-2023	$ 166.800
PENSIÓN	PORVENIR	4522735942	SEPTIEMBRE-2023	$ 213.500
A.R.L	POSITIVA	4522735942	SEPTIEMBRE-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	$10.001.250
Valor Total del Contrato	$30.003.750
Valor Pagado	$20.002.500
Valor Cobrado en el presente informe	$3.333.750
Valor total ejecutado	$23.336.250
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 septiembre al 20 de octubre de 2023, se entrega el día 30 de octubre 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
SOLO PARA TRAMITE DE CUENTA 2023

XIMENA MARCELA SANCHEZ ESTRADA
SECRETARIA DE DESPACHO - SECRETARIA DE SALUD

San José de Cúcuta, 30 de octubre 2023

Señor
NELSON ORLANDO MIRANDA
Secretario de Despacho
Secretaría de Hacienda
Alcaldía de San José de Cúcuta

ASUNTO: JUSTIFICACIÓN PRESENTACIÓN TARDÍA CUENTA DE COBRO ADICIONAL 1 DE 3 INGRI JOHANA TORRADO BOHADA

Cordial Saludo;

A través del presente documento me permito solicitar de su valiosa colaboración para que se realicen los trámites correspondientes con el fin de realizar los actos administrativos competencia de su oficina frente a los pagos pendientes de la cuenta presentada por el contratista **INGRI JOHANA TORRADO BOHADA** identificado con el documento **C.C 1.094.244.285** para el objeto **"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".** con contrato número **1297** de fecha **17 DE MARZO 2023** por valor del contrato **Valor del contrato: $20.002.500, (VEINTE MILLONES DOS MIL QUINIENTOS PESOS 00/100 M. C/TE) Valor del contrato Adicional: $10.001.250, (DIEZ MILLONES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.C/TE)** y con Registro Ptal. No. y fecha: 00001561 del 17 marzo de 2023 Registro Ptal. No. y fecha Adicional: 00004930 del 20 septiembre de 2023.

La justificación de la tardía en la presentación a su despacho de la cuenta de cobro del contratista relacionado anteriormente radica que, por motivos de corrección en la cuenta de cobro por parte del contratista. Aunque como supervisor puedo constatar el cumplimiento de las actividades desarrolladas dentro del periodo del reporte, lo que por razones ajenas a mi voluntad imposibilitó el procesamiento adecuado de la respectiva cuenta de cobro.

La anterior solicitud obedece a la imperiosa necesidad de continuar con el trámite correspondiente de pago de la cuenta; **cuenta adicional 1 DE 3 por valor de $ ($3,333,750.00)** y conforme a lo establecido mediante la circular 073 de diciembre de 2020 y la circular 002 de febrero de 2021 emitidas por su despacho.

Sin otro partricular agradezco su amable gestion

Cordialmente;

MAYRA ALEJANDRA GUERRERO
SUPERVISOR DE CONTRATO
DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMSIBLES
Secretaría de Salud Municipal
Alcaldía de San José de Cúcuta

Tramitado y Proyectado por: INGRI JOHANA TORRADO- PROFESIONAL DVSCNT