PE 08000 V

ACTA DE PAGO

08495

PAGO N° (05) DE (05)	N° PROCESO SECOP II: **AMSAR-MC-002-2024**
PERIODO DE PAGO: AGOSTO	VALOR PARA PAGAR: $4.480.000
Desde: 01/07/2024 Hasta: 31/07/2024	CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($4.480.000)

INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
CONTRATO N°: **AMSAR-MC-002-069-2024**		TIPO DE CONTRATO: MINIMA CUANTIA
FECHA DE SUSCRIPCIÓN EN SECOP II: 27/02/2024		FECHA DE INICIO: 01/03/2024
NOMBRE CONTRATISTA: SOTICOM S.A.S. R/L VALENTINA SOTO NIÑO		NIT. 900.947.066-5
CORREO: info@soticomsas.com.co		TELÉFONO: 3103091483
OBJETO: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CONECTIVIDAD A INTERNET POR FIBRA ÓPTICA PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE SARDINATA EN NORTE DE SANTANDER EN LA VIGENCIA 2024**		
PLAZO DE EJECUCION: HASTA EL 31 DE JULIO DEL 2024	DESDE: 01/03/2024	HASTA:31/07/2024
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N° 020034		FECHA DE EXPEDICION CDP: DEL 15 DE FEBRERO DEL 2024
REGISTRO PRESUPUESTAL N°: 020046		FECHA DE EXPEDICION RP: DEL 27 DE FEBRERO DEL 2024
RUBRO PRESUPUESTAL: 2.1.2.02.02.009		VALOR DEL CONTRATO: $22.400.000

FORMA DE PAGO: EL MUNICIPIO DE SARDINATA El MUNICIPIO DE SARDINATA, cancelará el valor del contrato resultante del presente proceso, de la siguiente manera:

Pagos en mensualidades vencidas previa verificación por parte de la Secretaría de Gobierno Municipal, tasados y liquidados a los precios unitarios ofertados, previo visto bueno del supervisor (a) del contrato. Lacuenta de cobro o factura debe ser radicada como mínimo junto con los siguientes documentos:

i) Informe de cumplimiento a satisfacción del servicio prestado.
ii) Acta de pago.
iii) Presentación de la factura o cuenta de cobro en la tesoreria general del Municipio, firmada por el supervisor y contratista.
Presentación del pago de seguridad social o planilla del mes en que se genere el servicio.

Después de radicada la factura o cuenta de cobro por parte del contratista con los soportes requeridos, elmunicipio de Sardinata efectuará su pago dentro de los siguientes treinta (30) dias calendario. La factura deberá reunir los requisitos del Código de Comercio y las demás normas que la regulan.

En todo caso los pagos por este concepto estarán sujetos al PAC establecido por la Secretaría de Haciendadel Municipio de Sardinata.

VALOR PARA PAGAR: $4.480.000	
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: N° 4-515-02-04608-1	
TIPO DE CUENTA: AHORROS	ENTIDAD BANCARIA: BANCO AGRARIO
GARANTIAS PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO Número: 3865917-1	COMPAÑÍA ASEGURADORA: SURAMERICANA
MODIFICATORIOS Y ADICIONALES (SI APLICA)	N° X DEL XX/XX/2024
CONCEPTO	VALOR O PLAZO PRORROGADO

CDP DEL MODIFICATORIO (SI APLICA)	RP DEL MODIFICATORIO (SI APLICA)
TIEMPO DEL MODIFICATORIO (SI APLICA)	NUEVO PLAZO DE EJECUCION (SI APLICA)

SUPERVISOR DEL CONTRATO	
Nombre Del Supervisor: ANGELA JULIETH BAUTISTA GRIMALDO	
Dependencia: SECRETARIA GOBIERNO	Cargo: SECRETARIA DE GOBIERNO
Correo electrónico: secretariadegobierno@sardinata-nortedesantander.gov.co	Teléfono: 3164621077

VERIFICACION PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	NUEVA EPS	30615315	Julio	$258.400
PENSIÓN	PORVENIR	30615315	Julio	$208.100
	PROTECCION	30615315	Julio	$208.000
	COLPENSIONES	30615315	Julio	$416.100
A.R.L	SURA	30615315	Julio	$140.600
CCF	COMFANORTE	30615315	Julio	$258.400

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO A LA FECHA	
CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del contrato	$22.400.000
Valor Adicionales	$0
Valor Total del Contrato	$22.400.000
Valor Pagado	$17.920.000
Valor Cobrado en el presente informe	$4.480.000
Valor total ejecutado	$22.400.000
Valor saldo por ejecutar	$0

CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo. SOTICOM S.A.S. R/L VALENTINA SOTO NIÑO con NIT 900.947.066-5 en mi calidad de contratista, declaro bajo la gravedad del juramento, que:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual las cuales se encuentran descritas en el Informe de Cumplimiento adjunto.
2. Los documentos de soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión de acuerdo con 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 con los documentos previamente enviados y que hacen parte del contrato suscrito con la entidad.
4. No he realizado cambios en mi Registro Único Tributario de acuerdo con el documento registrado para el trámite de pagos ante la Alcaldía de Sardinata y que reposa en el expediente contractual del contrato.
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 _____ 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 con los artículos 126 y 387 del E.T.

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SOTICOM S.A.S. R/L VALENTINA SOTO NIÑO
NIT. 900.947.066-5
CORREO ELECTRONICO: info@soticomsas.com.co

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo, ANGELA JULIETH BAUTISTA GRIMALDO con cédula de ciudadanía 1.098.664.745, en mi calidad de Supervisor del Contrato de MINIMA CUANTIA, 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 (oficina ordenadora) de la alcaldía de Sardinata;

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.

AUTORIZACION Y VIABILIDAD PARA EL PAGO

Yo, ANGELA JULIETH BAUTISTA GRIMALDO en calidad del supervisor del contrato N° **AMSAR-MC-002-069-2024**, *para el cual fui designado como supervisor mediante oficio de fecha* 01 DE MARZO DEL 2024, teniendo en cuenta las certificaciones del contratista y verificado el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, doy viabilidad y autorizo el pago a la presente cuenta de cobro, en cumplimiento a las obligaciones de la entidad, a los 06 del mes de AGOSTO del 2024.

ANGELA JULIETH BAUTISTA GRIMALDO
SECRETARIA DE GOBIERNO
SUPERVISORA