PAGO No. (1) de (4)
SECOP II

Período de pago: 07 de marzo al 06 de abril 2024 Corresponde al **Un 30%,** correspondiente a la suma de **CIENTO CINCUENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS ($156.000.000)**, **M/CTE**, con el informe de ejecución del componente 1y 2, previa aprobación delsupervisor	Valor a pagar: CIENTO CINCUENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS MCTE ($ 156,000,000)

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
Contrato No.1024 y fecha: 06 de marzo del 2024	Tipo de contrato: Convenio Interadministrativo	
Contratista: Instituto de Desarrollo y Economía para America Latina (IDE-AL)	NIT: 901.771.862-8	
Correo: comunicacion@institutoideal.gov.co	Teléfono: 3203411750	
Objeto: 2024R-1255 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA DE LOS CONTENIDOS PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO DEL MUNICIPIO DE SAN JOSE CÚCUTA 2024-2027.		
Duración: 06 meses	Fecha Inicio: 07 de marzo de 2024	Fecha Final: 06 de septiembre de 2024
Disp. Ptal. No. 00001019 y fecha. Febrero 26 de 2024	Registro Ptal. No.00000984 y fecha: marzo 06 del 2024	
Rubro Presupuestal: 2.3.2.02.02.008	Valor del contrato: $520,000,000	
Forma de Pago: EL MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA REALIZARA 4 DESEMBOLSOS ASI: 1 PRIMER DESEMBOLSO DEL 30% POR VALOR DE CIENTO CINCUENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS ($156.000.000)		
Número y tipo de cuenta: Ahorros 473800165242	Entidad bancaria: Davivienda	

2. DATOS DEL SUPERVISOR	
Nombre Del Supervisor: MICHEL LLEHANSY MEDINA RESTREPO	
Dependencia: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACION MUNICIPAL	Cargo: SUBDIRECTORA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - DIRECTOR (E) DEL DAPM
Correo electrónico: dir.planeacion@cucuta.gov.co	Teléfono: 304 5242042

3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	SANITAS	75873407	MARZO	350.000
PENSIÓN	COLFONDOS	75873407	MARZO	448.000
A.R.L	POSITIVA	75873407	MARZO	68.300

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	CIA SURAMERICANA	7932959367	MARZO	400.000
PENSIÓN	COLPENSIONES	7932959367	MARZO	512.000

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	COMFENALCO VALLE	9465348266	MARZO	250.000
PENSIÓN	COLPENSIONES	9465348266	MARZO	320.000
A.R.L	POSITIVA	9465348266	MARZO	10.500

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	SANITAS	9464294985	MARZO	162.000
PENSIÓN	COLPENSIONES	9464294985	MARZO	208.000
A.R.L	POSITIVA	9464294985	MARZO	6.800

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	SANITAS	75735866	MARZO	437.500
PENSIÓN	COLPENSIONES	75735866	MARZO	560.000
A.R.L	SURA	75735866	MARZO	18.300

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	SANITAS	9464294985	MARZO	162.000
PENSIÓN	COLPENSIONES	9464294985	MARZO	208.000
A.R.L	POSITIVA	9464294985	MARZO	6.800

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	CIA SURAMERICANA	4566643697	MARZO	278.700
PENSIÓN	COLPENSIONES	4566643697	MARZO	356.800
A.R.L	POSITIVA	4566643697	MARZO	11.800

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	CIA SURAMERICANA	4546231759	MARZO	230.000
PENSIÓN	COLPENSIONES	4546231759	MARZO	294.400
A.R.L	SURA	4546231759	MARZO	9.700

4. RELACIÓN DE PAGOS DE ESTAMPILLAS		
Entidad	**N° Estampilla**	**Valor pagado**
EXCLUIDO	EXCLUIDO	EXCLUIDO
EXCLUIDO	EXCLUIDO	EXCLUIDO

5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALOR**
Valor inicial del contrato	$ 520.000.000
Valor Adicionales	0
Valor Total del Contrato	$ 520.000.000
Valor Pagado	0
Valor Cobrado en el presente informe	$ 156,000.000
Valor total ejecutado	$ 156,000.000
Valor saldo por ejecutar	$ 364.0000.000

6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo. INSTITUTO DE DESARROLLO Y ECONOMÍA PARA AMERICA LATINA (IDE-AL) NIT: 901.771.862-8 y **REPRESENTANTE LEGAL ANCISAR RUFINO MARROQUÍN,** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No 79.313.349 de Bogota 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 entidad

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 entidad para la depuración de la retención en la fuente los respectivos soportes, de acuerdo a los artículos 126 y 387 del E.T.



INSTITUTO DE DESARROLLO Y ECONOMÍA PARA AMERICA LATINA (IDE-AL)
NIT: 901.771.862-8

7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo, **Michel Llehansy Medina Restrepo** con cédula de ciudadanía No. **13.276.377**, 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 (oficina ordenadora) 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, a los 15 del mes de agosto de 2024



Michel Llehansy Medina Restrepo
Subdirector de Gestión y Supervisión de Servicios Públicos Domiciliarios - Director (e) del DAPM
SUPERVISOR

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

Michel Llehansy Medina Restrepo
Subdirector de Gestión y Supervisión de Servicios Públicos Domiciliarios - Director (e) del DAPM
ORDENADOR (E)