PAGO No. 2 de 2
(ADICIONAL)
SECOP II

Período de pago: 08 de agosto de 2024 a 07 de Septiembre de 2024		Valor a pagar: $4.900.000
1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
Contrato No. y fecha: 1040 del 07 de Marzo del 2024 Adicional No. y fecha: 0001 del 13 de junio de 2024		Tipo de contrato: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Contratista: ALAN ARTURO SOTO PEREZ		NIT: 1094247035-1
Correo: alan_asp@hotmail.com		Teléfono: 3017070732
Objeto: 2024C-239 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO VETERINARIO PARA LA EJECUCION DEL PROYECTO SERVICIO DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE VECTORES Y ZOONOSIS EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER -PROGRAMA ZOONOSIS		
Duración: 4 meses Adicional: 2 meses	Fecha Inicio: 08 de marzo de 2024 Fecha Inicio Adicional: 08 de Julio de 204	Fecha Final: 07 de julio de 2024 Fecha Final Adicional: 07 de septiembre de 2024
Disp. Ptal. No. y fecha: 00001178 del 29 de febrero del 2024 Disp. Ptal. No. y fecha Adicional: 00002607 del 04 de junio de 2024		Registro Ptal. No. y fecha: 00001004 del 07 de marzo de 2024 Registro Ptal. No. y fecha Adicional: 2568 del 14 de junio de 2024
Rubro Presupuestal: 2.3.2.02.02.008 Servicios prestados a las empresas y servicios de producción. Fuente recurso: 1.2.4.2.02-SGP-SALUD- SALUD-PUBLICA		Valor del contrato: $19.600.000 Valor del Adicional: $ 9.800.000
Forma de Pago: Cuatro (4) pagos mensuales por valor de cuatro millones novecientos mil pesos 00/100 m. C/te. ($4,900,000.00) cada uno Forma de Pago Adicional: Dos (2) pagos mensuales por valor de cuatro millones novecientos mil pesos 00/100 m. C/te. ($4,900,000.00) cada uno		
Número y tipo de cuenta: 824-933050-81 AHORROS		Entidad bancaria: BANCOLOMBIA
2. DATOS DEL SUPERVISOR		
Nombre del Supervisor: LEONARDO ERNESTO DURÁN NAVARRO		
Dependencia: SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA		Cargo: SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA
Correo: leonardo.duran@cucuta.gov.co		Teléfono: 3147314421
2. DATOS DEL SUPERVISOR		
Nombre del Supervisor: MARIA CRISTINA QUINETRO MARIÑO (SUPERVISOR ENCARGADO)		
Dependencia: Subsecretaría de Planeación en Salud		Cargo: Subsecretaria de Planeación en Salud
Correo: subsec.planeacionsalud@cucuta.gov.co		Teléfono: 3007350985

3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	SANITAS	8631882167 8632168151	AGOSTO 2024 SEPTIEMBRE 2024	$ 245.000 $ 245.000
PENSIÓN	PORVENIR	8631882167 8632168151	AGOSTO 2024 SEPTIEMBRE 2024	$ 313.600 $ 313.600
A.R.L	POSITIVA	8631882167 8632168151	AGOSTO 2024 SEPTIEMBRE 2024	$ 47.800 $ 47.800

4. RELACIÓN DE PAGOS DE ESTAMPILLAS

Entidad	N° Estampilla	Valor pagado

5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del contrato	$ 19.600.000
Valor Adicionales	$ 9.800.000
Valor Total del Contrato	$ 29.400.000
Valor Pagado	$ 24.500.000
Valor Cobrado en el presente informe	$ 4.900.000
Valor total ejecutado	$ 29.400.000
Valor saldo por ejecutar	$ 0

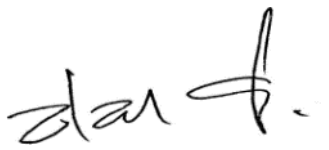
6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo. **ALAN ARTURO SOTO PEREZ** con cedula de ciudadanía **1.094.247.035** 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.



ALAN ARTURO SOTO PEREZ CONTRATISTA

7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo, **MARIA CRISTINA QUINTERO MARIÑO** con cédula de ciudadanía **27.634.084**, 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;

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, en el periodo comprendido del 08 de agosto al 19 de agosto de 2024, a los 24 días del mes de septiembre del 2024.



MARIA CRISTINA QUINTERO MARIÑO
SUPERVISORA ENCARGADA

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

7.CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo, **LEONARDO ERNESTO DURAN NAVARRO** con cédula de ciudadanía **13.476.571**, 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 Secretaria de Salud;
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, en el periodo comprendido del 20 de agosto al 07 de septiembre de 2024, a los 24 días del mes de septiembre del 2024.

LEONARDO ERNESTO DURAN NAVARRO
SUPERVISOR

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

TAIZ DEL PILAR ORTEGA TORRES
SECRETARIA DE SALUD
ORDENADORA DEL GASTO