PAGO No (2) ADICIONAL
SECOP II

Período de pago: diciembre de 2024	Valor a pagar: $ 25.000.000 1.2.1.0.00.1-ICLD-LIBRE ASIGNACIÓN
1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO	
Contrato No. y fecha: No. 00003596 del 26 de septiembre de 2024 Adición fecha No.001 del Contrato No 00003596 del 25 de noviembre de 2024	Tipo de contrato: SUMINISTRO
Contratista: FRANQUICIAS LATINOAMERICANAS J.R.D.A. S.A.S. R/L PEDRO RICARDO MEDRANO ARCHILA	NIT: 900.474.782-1
Correo: winnerscaobos@gmail.com	Teléfono: 3124543489
Objeto: 2024U-17 Apoyo a la atención integral a través de la promoción e integración a la vida activa y comunitaria en las asociaciones de adulto mayor, mediante el suministro de refrigerios e hidratación en el marco del proyecto de fortalecimiento de los programas de atención para el adulto mayor en el municipio de san José de Cúcuta.	
Duración: 3 MESES Duración: 1 MES	Fecha Inicio: 01 de octubre de 2024. / Fecha Final: 31 de diciembre de 2024
Disp. Ptal. No. y fecha: Número 00 002518 del 30 de mayo de 2024 Disp. Ptal. No. y fecha: Número 00 006251 del 20 de noviembre de 2024	Registro Ptal. No. Y fecha: Número 00 004160 del 26 de septiembre de 2024 Registro Ptal. No. Y fecha: Número 00 006000 del 26 de noviembre de 2024
Rubro Presupuestal: 2.3.2.02.02.008 Servicios prestados a las empresas y servicios de producción. 2.3.2.02.02.009 Servicios para la comunidad sociales y personales.	Valor del contrato: CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($50.000.000), incluido I.V.A, y demás tributos locales. Valor del adicional: VEINTICINCO MILLONES DE PESOS ($25.000.000) M/CTE
Forma de Pago: **EL MUNICIPIO** a través del Departamento Administrativo de Bienestar Social, cancelará el valor del contrato de la siguiente manera. **El Municipio de Cúcuta, Por Actas Parciales →** Mediante pagos parciales mensuales; de acuerdo a lo facturado. previa presentación de los siguientes documentos: (a) Factura correspondiente; (b) Certificación de Cumplimiento del objeto contractual expedida por el Supervisor designado y/o Interventor Contratado; (c) Copia de las Planillas de Pago donde se pueda verificar el cumplimiento de las obligaciones del Contratista con el Sistema General de Seguridad Social y Parafiscales; (d) la acreditación del Pago de las estampillas Correspondientes. **PARAGRAFO 1:** La contratación objeto de la presente invitación no genera relación laboral entre El Municipio de San José de Cúcuta y el contratista, ni con las personas que éste vincule para la ejecución del contrato. **PARAGRAFO 2:** Para proceder con el pago el contratista, deberá allegar la factura, conforme con los requisitos mínimos establecidos en los artículos 621 y 774 del Código del Comercio y el artículo 617 del Estatuto Tributario. **PARAGRAFO 3:** Los pagos que efectúe el Municipio en virtud del/los contratos del presente proceso estarán sujetos a la programación de los recursos del Programa Anual de Caja — PAC y a los recursos disponibles. **PARAGRAFO 4:** La cancelación del valor del/los contrato/s, por parte de la Secretaría al Contratista, se hará realizando consignaciones en las cuentas que posea el contratista en una entidad financiera, de acuerdo con la información suministrada por el contratista, certificado de debe presentar junto con su oferta	
Número y tipo de cuenta: 81676086817 – Corriente	Entidad bancaria: Bancolombia

2. DATOS DEL SUPERVISOR	
Nombre Del Supervisor: BEATRIZ VELEZ RAMIREZ	
Dependencia: Departamento Administrativo de Bienestar Social	Cargo: Director Departamento Administrativo De Bienestar Social
Correo electrónico: dpto.bienestarsocial@cucuta.gov.co	Teléfono: 304 2461443

3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA No.	PERIODO	VALOR
SALUD	NUEVA EPS COOSALUD SANITAS	7950960595	NOVIEMBRE	$156.000
PENSIÓN	COLPENSIONES	7950960595	NOVIEMBRE	$624.000
ARL	POSITIVA	7950960595	NOVIEMBRE	$95.100

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	$ 50.000.000
Valor Adicionales	$ 25.000.000
Valor Total del Contrato	$ 75.000.000
Valor Pagado	$ 50.000.000
Valor Cobrado en el presente informe	$ 25.000.000
Valor total ejecutado	$ 75.000.000
Valor saldo por ejecutar	$ 00

6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo, **PEDRO RICARDO MEDRANO ARCHILA** con cedula de ciudadanía **88.246.470** de Cúcuta 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 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.
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 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_____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.

Pedro R Medrano A

PEDRO RICARDO MEDRANO ARCHILA
CONTRATISTA

7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo, **BEATRIZ ELENA VÉLEZ RAMÍREZ** con cédula de ciudadanía **60.303.003** 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 4 días del mes de diciembre de 2024.

Beatriz Velez

BEATRIZ ELENA VÉLEZ RAMÍREZ
Director Departamento Administrativo
De Bienestar Social
SUPERVISOR

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

Beatriz Velez

BEATRIZ ELENA VÉLEZ RAMÍREZ
DIRECTOR DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR SOCIAL
ORDENADOR DEL GASTO

SHARYN NATALY HERNANDEZ FUENTES – REVISIÓN ECONOMICA