PAGO No. (1)

SECOP II

Período de pago: 8 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024	Valor a pagar**: $ 96.461.000,00**

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
Contrato No. y fecha: 00004607 del 7 de Noviembre del 2024	Tipo de contrato: Prestación de Servicios	
Contratista: CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CERTIFICATE S.A.S.	NIT: 900.393.803-8	
Correo: certificate.crc@gmail.com	Teléfono: 310-2711869	
Objeto: "EL CONTRATISTA seleccionado se obliga para con EL MUNICIPIO a ejecutar el SERVICIO DE GRUA LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DIA PARA EL TRASLADO DE VEHICULOS INMOVILIZADOS POR LA VIOLACIÓN AL CÓDIGO NACIONAL DE TRÁNSITO EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PERSONAL DE LA POLICIA NACIONAL SECCIONAL DE TRANSITO Y TRANSPORTE EN LAS DIFERENTES VIAS DEL MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CÚCUTA."		
Duración inicial: el 8 de noviembre de 2024. Duración total: Hasta el 31 de diciembre de 2024.	Fecha Inicio: 8 de noviembre de 2024	Fecha final: Hasta el 31 de diciembre de 2024.
Disp. Ptal. No. y fecha: 00005356, de fecha 25 octubre de 2024.	Registro Ptal. No. y fecha: 00005300 Del 07 de noviembre de 2024	
Rubro Presupuestal: 2.3.2.02.02.006, Comercio y distribución; servicios de suministros de comidas y bebidas; servicios de transporte; y servicios de distribución de electricidad, gas y agua	Valor inicial del contrato: $ 130,000,000.00	
Forma de Pago: El MUNICIPIO cancelará el valor del contrato resultante del presente proceso, mediante, la presentación de Actas Parciales: Mediante la presentación de Actas Parciales según avance de ejecución dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la fecha de presentación de la respectiva Acta o Actas de Pago, 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. En todo caso los pagos por este concepto estarán sujetos al PAC establecido por la Secretaría de Hacienda del Municipio de Cúcuta.		
Número y tipo de cuenta: 83264244768 CUENTA CORRIENTE	Entidad bancaria: BANCOLOMBIA	

2. DATOS DEL SUPERVISOR	
Nombre Del Supervisor: JOAN JOSE BOTELLO APOLINAR	
Dependencia: SECRETARIA DE TRANSITO	Cargo: SECRETARIO DE TRÁNSITO
Correo electrónico: sec.transito@cucuta.gov.co	Teléfono: 3104824419

3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL REPRESENTANTE LEGAL*				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	SANITAS SA	9478034235	NOVIEMBRE	$162.500
PENSIÓN	COLPENSIONES	9478034235	NOVIEMBRE	$208.000
A.R.L	SURA	9478034235	NOVIEMBRE	$ 6.800
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL COORDINADOR*				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	N/A	N/A	N/A	N/A
PENSIÓN	N/A	N/A	N/A	N/A
A.R.L	POSITIVA	9478695400	NOVIEMBRE	$ 43.400
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL SECRETARIA*				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	SANITAS	9478694945	NOVIEMBRE	$ 52.000
PENSIÓN	COLPENSIONES	9478694945	NOVIEMBRE	$208.000
A.R.L	POSITIVA	9478694945	NOVIEMBRE	$ 56.600
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL OPERADOR DE GRUA (1)*				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	COOSALUD	9478695400	NOVIEMBRE	$ 138.700
PENSIÓN	PROTECCION	9478695400	NOVIEMBRE	$ 108.400
A.R.L	POSITIVA	9478695400	NOVIEMBRE	$ 37.800
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL OPERADOR DE GRUA (2)*				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	NUEVA EPS	9478695400	NOVIEMBRE	$ 54.200
PENSIÓN	PORVENIR	9478695400	NOVIEMBRE	$ 69.400
A.R.L	POSITIVA	9478695400	NOVIEMBRE	$ 18.900
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL OPERADOR DE GRUA (3)*				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	NUEVA EPS	9478695400	NOVIEMBRE	$ 162.500
PENSIÓN	PORVENIR	9478695400	NOVIEMBRE	$ 208.000
A.R.L	POSITIVA	9478695400	NOVIEMBRE	$ 56.600
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL OPERADOR DE GRUA (4)*				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	NUEVA EPS	9478695400	NOVIEMBRE	$ 162.500
PENSIÓN	PROTECCION	9478695400	NOVIEMBRE	$ 208.000
A.R.L	POSITIVA	9478695400	NOVIEMBRE	$ 56.600
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL OPERADOR DE GRUA (5)*				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	NUEVA EPS	9478695400	NOVIEMBRE	$ 162.500
PENSIÓN	PORVENIR	9478695400	NOVIEMBRE	$ 208.000
A.R.L	POSITIVA	9478695400	NOVIEMBRE	$ 56.600
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL CONTADOR*				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**

SALUD	SANITAS	82037042	NOVIEMBRE	$ 187.500
PENSIÓN	PORVENIR	82037042	NOVIEMBRE	$ 240.000
A.R.L	POSITIVA	82037042	NOVIEMBRE	$ 7.900

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

5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALOR**
Valor inicial del contrato	$ 130.000.000,00
Valor Total del Contrato	**$ 130.000.000,00**
Valor Pagado	$ 0
Valor Cobrado en el presente informe	$ 96.461.000,00
Valor total ejecutado	**$ 96.461.000,00**
Valor saldo por ejecutar	**$ 33.539.000,00**

6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo, MARIO JOSUE SANDOVAL GOMEZ con cedula de ciudadanía 88.200.664 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 _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 para la depuración de la retención en la fuente los respectivos soportes, de acuerdo a los artículos 126 y 387 del E.T.

R/L MARIO JOSUE SANDOVAL GOMEZ
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CERTIFICATE SAS
CONTRATISTA

7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo, **JOAN JOSE BOTELLO APOLINAR** con cédula de ciudadanía **88.244.517**, 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 Secretaría de Tránsito y Transporte 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 12 días del mes de DICIEMBRE de 2024.

JOAN JOSE BOTELLO APOLINAR
SECRETARIO DE DESPACHO
SUPERVISOR

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

JOAN JOSE BOTELLO APOLINAR
SECRETARIO DE DESPACHO
ORDENADOR DEL GASTO