PAGO No. 1 de 1
SECOP II

Período de pago: DICIEMBRE DE 2024	Valor a pagar: $114.100.000 **$ 30.000.000 correspondiente al**: 2.3.2.02.01.004.01 – PRODUCTOS METÁLICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO - SISTEMAS DE EMERGENCIAS MEDICAS (Fuente Recurso: 1.2.3.2.28.1 -COLJUEGOS CSF) **$ 84.100.000 correspondiente al**: 2.3.2.02.01.004.01 – PRODUCTOS METÁLICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO - SISTEMAS DE EMERGENCIAS MEDICAS (Fuente Recurso: 1.3.3.4.22.1 -R.B. DE COLJUEGOS)

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
Contrato No. y fecha: 5301 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2024	Tipo de contrato: CONTRATO DE SUMINISTROS	
Contratista: V.H.F. COMUNICACIONES LIMITADA	NIT: 800185190-7	
Correo: vhfcomunicaciones1@gmail.com	Teléfono: 301 786 1734	
Objeto: 2024C-692 SUMINISTRO DE INSUMOS Y SISTEMA DE COMUNICACIÓN DIGITAL PARA LA GEOREFERENCIACIÓN DE AMBULANCIAS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS S.E.M. DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA.		
Duración: 20 días	Fecha Inicio: 11 de diciembre de 2024	Fecha Final: 30 de diciembre de 2024
Disp. Ptal. No. y fecha: 00005939 del 15 de noviembre de 2024 00005941 del 15 de noviembre de 2024	Registro Ptal. No. y fecha: 00006439 del 11 de diciembre de 2024.	
Rubro Presupuestal: 2.3.2.02.01.004.01 – PRODUCTOS METÁLICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO - SISTEMAS DE EMERGENCIAS MEDICAS (Fuente Recurso: 1.2.3.2.28.1 -COLJUEGOS CSF) ($30.000.000) 2.3.2.02.01.004.01 – PRODUCTOS METÁLICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO - SISTEMAS DE EMERGENCIAS MEDICAS	Valor del contrato: $114.100.000	

(Fuente Recurso: 1.3.3.4.22.1 -R.B. DE COLJUEGOS) ($84.100.000)	
Forma de Pago: El Municipio de Cúcuta, realizará UN (01) ÚNICO PAGO por el valor total de lo contratado, previa presentación de los siguientes documentos: (a) Factura correspondiente con la relación de los servicios prestados; (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 de acuerdo con lo previsto en la normatividad vigente. El proponente favorecido, para efectos del pago, debe aportar al Municipio de San José Cúcuta el número de su cuenta de ahorros o corriente expedida por la entidad bancaria correspondiente. El Contratista a su vez debe presentar certificado expedido por el Contador o Revisor Fiscal con Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía y Tarjeta Profesional, o en su defecto las planillas respectivas. PARÁGRAFO PRIMERO: 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 de comercio y el artículo 617 del Estatuto Tributario.	
Número y tipo de cuenta: 617-770628-75 - AHORROS	Entidad bancaria: Bancolombia

2. DATOS DEL SUPERVISOR	
Nombre del Supervisor: **DANIEL EDUARDO COLMENARES DAVILA**	
Dependencia: Subsecretaría de Aseguramiento y Control de Atención en Salud	Cargo: Subsecretario de Aseguramiento y Control de Atención en Salud
Correo electrónico: subsec.aseguramientosalud@cucuta.gov.co	Teléfono: 3187624537

3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	SANITAS	31988617	DICIEMBRE - 2024	$ 52.000
PENSIÓN	PROTECCION	31988617	DICIEMBRE - 2024	$ 208.000
A.R.L	POSITIVA	31988617	DICIEMBRE - 2024	$ 6.800

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

5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALOR**
Valor Inicial del Contrato	$ 114.100.000
Valor Adicionales	$ 0
Valor Total del Contrato	$ 114.100.000
Valor Pagado	$ 0
Valor Cobrado en el Presente Informe	$ 114.100.000
Valor Total Ejecutado	$ 114.100.000
Valor Saldo por Ejecutar	$ 0

6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo. **ROSALBA VELASQUEZ DE VASQUEZ** con cedula de ciudadanía **No. 37.231.142 de Cúcuta.** en mi calidad de representante legal de V.H.F. COMUNICACIONES LIMITADA 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 _____ 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.

_____

ROSALBA VELASQUEZ DE VASQUEZ

REPRESENTANTE LEGAL V.H.F. COMUNICACIONES LIMITADA

CONTRATISTA

7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo **DANIEL EDUARDO COLMENARES DAVILA** con cédula de ciudadanía **1.090.457.231**, 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 Secretaría de Salud 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, en el mes de diciembre de 2024.

Validez Provisional
Trámite de Pagos Contrato 5301 de 2024
V.H.F. COMUNICACIONES LIMITADA
Cuenta 1 de 1

DANIEL EDUARDO COLMENARES DAVILA
SUPERVISOR

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

TAIZ DEL PILAR ORTEGA TORRES
SECRETARIA DE DESPACHO - SECRETARÍA DE SALUD