PAGO No. (3) de (4)
SECOP II

Período de pago: 07 de octubre 2024 al 06 de noviembre de 2024	Valor a pagar: $32.500.000

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
Contrato No. 00003021 del 05 de agosto de 2024	Tipo de contrato: Mínima cuantía	
Contratista: Emmanuel Javier Duran Montoya	NIT: 1090390866-1	
Correo: emmanuelduran.mv@gmail.com	Teléfono: 3103827070	
Objeto: 2024R-1598 PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICO VETERINARIO PARA EL CONTROL Y PROTECCION DE LOS ANIMALES MAS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE SAN JOSE DE CUCUTA		
Duración: 3 meses y 22 días	Fecha Inicio: 08 de agosto de 2024	Fecha Final: 30 de noviembre de 2024
Disp. Ptal. No. y fecha: 00 002820 del 06 de junio de 2024	Registro Ptal. No. y fecha: 00 003393 del 05 de agosto de 2024	
RubroPresupuestal:2.3.2.02.02.009 Servicios para la comunidad, sociales y personales	Valor del contrato: CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($130.000.000)	
Forma de Pago: Pagos mensuales contra efectiva prestación del servicio, tasado y liquidado al precio unitario ofertado por el contratista.		
Número y tipo de cuenta: 306969262 cuenta de ahorros	Entidad bancaria: BBVA	

2. DATOS DEL SUPERVISOR	
Nombre Del Supervisor: Santiago Alfonso Burbano Rodríguez	
Dependencia: Subsecretaria de Concertación Ciudadana	Cargo: Subsecretario de concertación ciudadana
Correo electrónico: sub.concertacion@gmail.com	Teléfono: 3212008208

3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	NUEVA EPS	31690160	Octubre	$ 250.000
PENSION	COLPENSIONES	31690160	Octubre	$ 320.000
ARL	SURA	31690160	Octubre	$ 10.500
SALUD	NUEVA EPS	31690196	Noviembre	$ 312.500
PENSION	COLPESIONES	31690196	Noviembre	$ 400.000
ARL	SURA	31690196	Noviembre	$ 13.100

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	NUEVA EPS	4579497101	Octubre	$ 224.100

PENSION	PROTECCION	4579497101	Octubre	$ 286.900
ARL	POSITIVA	4579497101	Octubre	$ 18.800
SALUD	NUEVA EPS	4579497991	Noviembre	$ 223.300
PENSION	PROTECCION	4579497991	Noviembre	$ 285.800
ARL	POSITIVA	4579497991	Noviembre	$ 18.700

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	SANITAS S.A.	7949151578	Octubre	$ 126.600
PENSION	ROTECCION	7949151578	Octubre	$ 506.200
ARL	POSITIVA	7949151578	Octubre	$ 16.600
SALUD	SANITAS S.A	7951298314	Noviembre	$ 126.600
PENSION	ROTECCION	7951298314	Noviembre	$ 506.200
ARL	POSITIVA	7951298314	Noviembre	$ 16.600

CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	COOSALUD MOVILIDAD	9478125665	Octubre	$52.100
PENSION	PORVENIR	9478125665	Octubre	$208.100
ARL	POSITIVA	9478125665	Octubre	$10,000
SALUD	COOSALUD MOVILIDAD	9478147973	Noviembre	$52,000
PENSION	PORVENIR	9478147973	Noviembre	$208,000
ARL	POSITIVA	9478147973	Noviembre	$13,600

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

5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del contrato	$130.000.000
Valor Adicionales	$0
Valor Total del Contrato	$130.000.000
Valor Pagado	$65.000.000
Valor Cobrado en el presente informe	$32.500.000
Valor total ejecutado	$97.500.000
Valor saldo por ejecutar	$32.500.000

6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo EMMANUEL JAVIER DURAN MONTOYA con cedula de ciudadanía 1090390866 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.

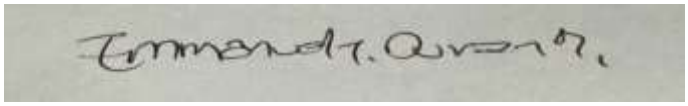
4. No he realizado cambios en mi Registro Único Tributario de acuerdo al documento registrado para el trámite de pagos ante la Alcaldía de Cúcuta.

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 _____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.



EMMANUEL JAVIER DURAN MONTOYA
CONTRATISTA

7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES
Yo, SANTIAGO ALFONSO BURBANO RODRIGUEZ con cédula de ciudadanía 91.529.718, 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, en el mes de diciembre de 2024 SANTIAGO ALFONSO BURBANO RODRIGUEZ ASESOR SUPERVISOR

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

MIGUEL ARMANDO CASTELLANOS SERRANO
SECRETARIO DE GOBIERNO
ORDENADOR DEL GASTO