**PAGO No. (01) de (03) ADICIONAL**
**SECOP II**

| Período de pago: **01 DE ENERO DE 2025 AL 31 DE ENERO DE 2025** | Valor a pagar RP VF: **$110.572.000,00** |
|---|---|

| **1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO** | | |
|---|---|---|
| Contrato No. y fecha: 00002995 DEL 30 DE JULIO DE 2024<br>Adicional No. 001 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2024 | Tipo de contrato: PROCESO COMPETITIVO DECRETO 092 DE 2017 | |
| Contratista: **FUNDACIÓN CAMPESTRE DESPERTARES** | NIT: 901.463.515-6 | |
| Correo: fundacioncampestredespertares@gmail.com | Teléfono: 313- 2048235 | |
| Objeto: 2024U-19. AUNAR ESFUERZOS CONJUNTOS PARA LA EJECUCION DE LA POLITICA PUBLICA DE ATENCION INTEGRAL AL HABITANTE DE Y EN SITUACION DE CALLE DEL MUNICIPIO DE CUCUTA (NS) EN PROCURA DE SU RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y SU REINSERCION SOCIAL, LABORAL Y FAMILIAR. | | |
| Duración: CINCO (05) MESES<br>Duración Adicional: DOS (02) MESES Y QUINCE (15) DÍAS DE LA VIGENCIA 2025 | Fecha Inicio: 01 DE AGOSTO DE 2024<br>Fecha Inicio Adicional: 01 DE ENERO DE 2025 | Fecha Final: 31 DE DICIEMBRE DE 2024<br>Fecha Final Adicional:15 DE MARZO DE 2025 |
| Disp. Ptal. No. y fecha: 00 002517 DEL 30 DE MAYO DE 2024<br>Disp. Ptal. No. y fecha Adicional: 00 006533 DEL 05 DE DICIEMBRE DE 2024<br>Disp. Ptal. No. y fecha Vigencia Futura: VF000021 DEL 07 DE FEBRERO DE 2025 | Registro Ptal. No. y fecha: 00 003376 DEL 01 DE AGOSTO DE 2024<br>Registro Ptal. No. y fecha Adicional: 00 006722 DEL 28 DE DICIEMBRE DE 2024<br>Registro Ptal. No. y fecha Vigencia Futura: VF000021 DEL 07 DE FEBRERO DE 2025 | |
| Rubro Presupuestal: 2.3.2.02.02.009 Servicios para la comunidad, sociales y personales | Valor del contrato: $693.000.000,00<br>Valor del contrato Adicional: $346.500.000,00 | |
| **Forma de Pago:** el municipio de San José de Cúcuta, departamento Norte de Santander se compromete a desembolsar el valor del contrato resultante del presente proceso mediante cinco desembolsos mensuales con el visto bueno y recibo a satisfacción por parte de la supervisión y previo el cumplimiento de los siguientes requisitos: Debe adjuntarse Informe de ejecución de actividades relacionadas con el objeto del contrato. Debe adjuntarse certificación de cobertura de los beneficiarios del presente contrato. Certificado que acredite el cumplimiento del pago de aportes al sistema de seguridad social integral, parafiscales, ICBF, SENA y cajas de compensación familiar, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 o aquella que modifique o adicione o complemente. Debe aportarse informe técnico, administrativo y financiero del contrato en medio físico y magnético que incluya la relación de costos ejecutado, el informe financiero deberá ser firmado por el representante legal, el contador y el revisor fiscal (cuando aplique). Debe aportarse certificado de cumplimiento expedido por la supervisión del contrato Los documentos para el pago y sus soportes deberán ser presentadas acompañadas de la respectiva factura de venta, en original y dos (2) copias, la cual debe cumplir, como mínimo, los requisitos de las normas fiscales establecidas en el artículo 617 del Estatuto Tributario. La fecha de la factura debe corresponder al mes de su elaboración, y en ella constará el número del contrato, el concepto del bien o servicio que se está cobrando, la dependencia | | |

responsable y el nombre del supervisor y/o interventor designado o funcionario responsable. El pago de las actas debidamente aprobadas se hará dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de radicación de las mismas a través de transferencia electrónica, consignación o cheque, previa presentación de la orden de pago debidamente diligenciada y soportada, y certificación de la supervisión y/o Interventoría de haber recibido el trabajo a satisfacción y según el turno asignado.

**Forma de Pago Adicional:** Este valor será desembolsado por el municipio a la ESAL mediante TRES DESEMBOLSOS MENSUALES por MONTO AGOTABLE de la siguiente forma:

| | | |
|---|---|---|
| **PRIMER DESEMBOLSO** | HASTA $138.600.000,00 | El valor que se pague de forma mensual resultara de multiplicar el número de usuarios atendidos en el respectivo mes por el VALOR MES POR USUARIO, sin que se sobrepase el valor máximo aquí indicado |
| **SEGUNDO DESEMBOLSO** | HASTA $138.600.000,00 | |
| **TERCER DESEMBOLSO** | HASTA $69.300.000,00 | |

| | |
|---|---|
| Número y tipo de cuenta: **834-000082-87 AHORROS** | Entidad bancaria: **BANCOLOMBIA** |

| **2. DATOS DEL SUPERVISOR** | |
|---|---|
| Nombre Del Supervisor: **VIVIANA GARCIA MARTINEZ** | |
| Dependencia: DESPACHO DEL ALCALDE | Cargo: ASESORA DE DESPACHO |
| Correo electrónico: viviana.garcia@cucuta.gov.co | Teléfono: 300 3680985 |

**3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL**

| CONCEPTO | ENTIDAD | PLANILLA N° | PERIODO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| SALUD | SANITAS | 32078545 PLANILLA TIPO I | ENERO 2025 | $178.000 |
| PENSIÓN | PORVENIR | 32078545 PLANILLA TIPO I | ENERO 2025 | $227.800 |
| A.R.L | ARL SURA | 32078545 PLANILLA TIPO I | ENERO 2025 | $7.500 |

**4. RELACIÓN DE PAGOS DE ESTAMPILLAS**

| Entidad | N° Estampilla | Valor pagado |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

| **5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALOR** |
| Valor inicial del contrato | $693.000.000,00 |
| Valor Adicionales | $346.500.000,00 |
| **Valor Total del Contrato** | **$1.039.500.000,00** |
| Valor Pagado | $493.108.000,00 |
| Valor Cobrado en el presente informe | $110.572.000,00 |
| **Valor total ejecutado** | **$603.680.000,00** |
| Valor saldo por ejecutar | $435.820.000,00 |

**6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA**

Yo. **RUBIELA CARREÑO RODRÍGUEZ** identificada con **C.C. 60.374.352** – **REPRESENTANTE LEGAL de la FUNDACIÓN CAMPESTRE DESPERTARES NIT: 901.463.515-6** 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.

**RUBIELA CARREÑO RODRÍGUEZ**
REPRESENTANTE LEGAL FUNDACIÓN CAMPESTRE DESPERTARES
CONTRATISTA

## 7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo, **VIVIANA GARCIA MARTINEZ** identificado con cédula de ciudadanía **37.444.814,** en mi calidad de Supervisora 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 **04** días del mes de **febrero** de **2025.**

**VIVIANA GARCIA MARTINEZ**
SUPERVISORA

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

**BEATRIZ ELENA VELEZ RAMIREZ**
SECRETARIA DE DESPACHO
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR SOCIAL