ACTA DE PAGO

040204

PAGO N° (02) DE (11)	N° PROCESO SECOP II: **AMSAR-MC-005-2025**
FECHA DEL REPORTE: 07/04/2025	VALOR PARA PAGAR: **$3.689.000**
Periodo del reporte: 01/03/2025 hasta 31/03/2025	TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL PESOS ($3.689.000)

INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
CONTRATO N°: **AMSAR-MC-005-2025**	TIPO DE CONTRATO: MINIMA CUANTIA	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN EN SECOP II: 17/02/2025	FECHA DE INICIO: 17/02/2025	
NOMBRE CONTRATISTA: SOTICOM S.A.S. R/L VALENTINA SOTO NIÑO	NIT. 900.947.066-5	
CORREO: info@soticomsas.com.co	TELÉFONO: 3103091483	
OBJETO: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CONECTIVIDAD A INTERNET POR FIBRA ÓPTICA PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DEL MUNICIPIO DE SARDINATA NORTE DE SANTANDER EN LA VIGENCIA 2025**		
PLAZO DE EJECUCION: HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025	DESDE: 17/02/2025	HASTA:31/12/2025
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N° 020705	FECHA DE EXPEDICION CDP: DEL 07 DE FEBRERO DEL 2025	
REGISTRO PRESUPUESTAL N°: 021704	FECHA DE EXPEDICION RP: DEL 17 DE FEBRERO DEL 2025	
RUBRO PRESUPUESTAL: 2.1.2.02.02.006	VALOR DEL CONTRATO: $37.750.766	
FORMA DE PAGO: EL MUNICIPIO DE SARDINATA, cancelará el valor del contrato mediante actas parciales, una vez prestados los servicios, previo visto bueno del supervisor designado para el mismo. El pago se hará hasta dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de dichos documentos y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor del contrato, pago sujeto a la existencia de PAC. Se deja claramente establecido que el presupuesto se ha fijado, tenido en cuenta todos los gastos y descuentos legales en que el contratista incurra para el objeto del presente proceso.		
VALOR PARA PAGAR: $3.689.000		
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: N° 832-571296-27		
TIPO DE CUENTA: AHORROS	ENTIDAD BANCARIA: BANCOLOMBIA	
MODIFICATORIOS Y ADICIONALES (SI APLICA)	N° X DEL XX/XX/2024	
CONCEPTO	VALOR O PLAZO PRORROGADO	
CDP DEL MODIFICATORIO (SI APLICA)	RP DEL MODIFICATORIO (SI APLICA)	
TIEMPO DEL MODIFICATORIO (SI APLICA)	NUEVO PLAZO DE EJECUCION (SI APLICA)	

SUPERVISOR DEL CONTRATO	
Nombre Del Supervisor: SHIRLEY PAOLA LIZARAZO PAEZ	
Dependencia: SECRETARIA GOBIERNO	Cargo: SECRETARIA DE GOBIERNO
Correo electrónico: secretariadegobierno@sardinata-nortedesantander.gov.co	Teléfono:

VERIFICACION PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	NUEVA EPS MOV	32966077	MARZO	$57.000
SALUD	NUEVA EPS SA	32966077	MARZO	$171.000
PENSIÓN	PORVENIR	32966077	MARZO	$227.800
	COLPENSIONES	32966077	MARZO	$683.400
A.R.L	SURA	32966077	MARZO	$138.800
CCF	COMFANORTE	32966077	MARZO	$228.000

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO A LA FECHA	
CONCEPTO	**VALOR**
Valor inicial del contrato	$37.750.766
Valor Adicionales	$0
Valor Total del Contrato	$37.750.766
Valor Pagado	$860.766
Valor Cobrado en el presente informe	$3.689.000
Valor total ejecutado	$4.549.766
Valor saldo por ejecutar	$33.201.000

CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo. SOTICOM S.A.S. R/L VALENTINA SOTO NIÑO con NIT 900.947.066-5 en mi calidad de contratista, declaro bajo la gravedad del juramento, que:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual las cuales se encuentran descritas en el Informe de Cumplimiento adjunto.
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 y que hacen parte del contrato suscrito con la entidad.
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 Sardinata y que reposa en el expediente contractual del contrato.
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.

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SOTICOM S.A.S. R/L VALENTINA SOTO NIÑO
NIT. 900.947.066-5
CORREO ELECTRONICO: info@soticomsas.com.co

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo, SHIRLEY PAOLA LIZARAZO PAEZ con cédula de ciudadanía 1.094.532.494, en mi calidad de Supervisor del Contrato de MINIMA CUANTIA, 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 Sardinata;

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.

AUTORIZACION Y VIABILIDAD PARA EL PAGO

Yo, SHIRLEY PAOLA LIZARAZO PAEZ en calidad del supervisor del contrato N° **AMSAR-MC-005-2025**, para el cual fui designado como supervisor, teniendo en cuenta las certificaciones del contratista y verificado el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, doy viabilidad y autorizo el pago a la presente cuenta de cobro, en cumplimiento a las obligaciones de la entidad, a los 07 del mes de ABRIL del 2025.

SHIRLEY PAOLA LIZARAZO PAEZ
SECRETARIA DE GOBIERNO
SUPERVISORA