PAGO No. 1 de 3
SECOP II

Período de pago: 23 DE SEPTIEMBRE A 22 DE OCTUBRE DE 2020	Valor a pagar: $ 3.000.000.

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
Contrato No. y fecha: 1146 DE 04 DE SEPTIEMBRE DE 2020	Tipo de contrato: PRESTACION DE SERVICIOS	
Contratista: SANDRA MILENA ROZO MOGOLLON	NIT: 60359534-1	
Correo: Sandramilenarozo073@gmail.com	Teléfono: 318 6118521	
Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA PARA LA ESTRATEGIA LÍNEA AMIGABLE PARA LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y CONTENCIÓN DE LA PANDEMIA COVID 19 EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA RESOLUCIÓN 385 DE 2020 (2)		
Duración: TRES (03) MESES	Fecha Inicio: 23 DE SEPTIEMBRE DE 2020	Fecha Final:22 DE DICIEMBRE DE 2020
Disp. Ptal. No.:0914 fecha ABRIL 6 DE 2020	Registro Ptal. No. 2031 fecha: SEPTIEMBRE 4 DE 2020	
Rubro Presupuestal: 142302020503 EMERGENCIAS Y DESASTRES-COVID - 19	Valor del contrato: NUEVE MILLONES DE PESOS M.C/TE ($9.000.000.)	
Forma de Pago: TRES (03) PAGOS MENSUALES POR VALOR DE TRES MILLONES DE PESOS M.C/TE ($ 3.000.000.)		
Número y tipo de cuenta: 614014074 AHORROS	Entidad bancaria: BANCO DE BOGOTA	

2. DATOS DEL SUPERVISOR	
Nombre Del Supervisor: LEONARDO ERNESTO DURAN NAVARRO	
Dependencia: SALUD PUBLICA	Cargo: SUBSECRETARIO AREA SALUD PUBLICA
Correo Electrónico: saludpublicacucuta@gmail.com	Teléfono: 3132072339

3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA No.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	COOMEVA	4365529386	SEPTIEMBRE	$ 40.000
PENSIÓN	PROTECCION	4365529386	SEPTIEMBRE	$ 51.200
A.R.L	POSITIVA	4365529386	SEPTIEMBRE	$ 1.700

4. RELACIÓN DE PAGOS DE ESTAMPILLAS		
Entidad	**N° Estampilla**	**Valor pagado**
Prodesarrollo científico	**558790**	**$ 30.000**
IMRD	**201892**	**$ 60.000**

5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALOR**
Valor inicial del contrato	$9.000.000.
Valor Adicionales	$ 0
Valor Total del Contrato	$9.000.000.
Valor Pagado	$0.
Valor Cobrado en el presente informe	$3.000.000.
Valor total ejecutado	$3.000.000.
Valor saldo por ejecutar	$6.000.000.

6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo **SANDRA MILENA ROZO MOGOLLON** con cedula de ciudadanía **60359534** 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 _____ NO __X____.
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.

SANDRA MILENA ROZO MOGOLLON
CONTRATISTA

7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo **LEONARDO ERNESTO DURAN NAVARRO** con cédula de ciudadanía **13476571** 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 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, a los _25_ del mes de _NOVIEMBRE_ de 2020

LEONARDO ERNESTO DURAN NAVARRO
SUPERVISOR

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

DRA. ROSA EMILDA VARGAS VERGARA
SECRETARIA DE DESPACHO AREA DIRECCION SALUD