ALCALDÍA MUNICIPAL DE
SARDINATA
SOMOS UN PUEBLO JOVEN

ACTA DE PAGO No 01
091001

PAGO N° (01) DE (04)	N° PROCESO SECOP II: **CD-288 del 2026**
PERIODO DE PAGO: AGOSTO- SEPTIEMBRE	VALOR PARA PAGAR
14 de agosto de 2026 al 13 de septiembre de 2026	**DOS MILLONES DOSCIENTOS SIETE MIL CIEN PESOS ($ 2.207.100,00) M/CTE**

INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
CONTRATO N° **CD-288**	TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIO	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN EN SECOP I: 14-08-2026	FECHA DE INICIO: 14-08-2026	
CONTRATISTA: MYRIAM VELASQUEZ FUENTES	NIT:37197617-4	
CORREO: myriamvf78@gmail.com	TELÉFONO: 3112120935	
OBJETO: **PRESTACION DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA OPERATIVIZACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y FORTALECIMIENTO EN EL PLAN DE ACCION EN SALUD COMPONENTE INMUNOPREVENIBLES (PAI) DEL MUNICIPIO DE SARDINATA NORTE DE SANTANDER.**		
PLAZO DE EJECUCION: CUATRO (4) MESES	DESDE: 14 -08-2026	HASTA: 13-12-2026
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N° **CD 081011**	FECHA DE EXPEDICION CD: 10-08-2026	
REGISTRO PRESUPUESTAL N° **RP 081402**	FECHA DE EXPEDICION **RP:14-08-2026**	
RUBRO PRESUPUESTAL: 2.3.2.02.02.009.19.01	VALOR DEL CONTRATO: $ 8.828.400,00	
VALOR PARA PAGAR: **DOS MILLONES DOSCIENTOS SIETE MIL CIEN PESOS ($ 2.207.100,00) M/CTE**		
FORMA DE PAGO: EL MUNICIPIO DE SARDINATA cancelará el valor del Contrato: Para efectos fiscales y legales el valor del presente contrato se fija la suma de, **OCHO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($8.828.400,00**) EL MUNICIPIO pagara al Contratista el valor del contrato mediante actas parciales CUATRO(04) pagos a mensualidad vencidas por un valor de: **DOS MILLONES DOSCIENTOS SIETE MIL CIEN PESOS M/CTE ($2.207.100,00)** previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor del contrato junto con la cuenta de cobro y los soportes que acrediten los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social conforme a lo establecido en el párrafo 1°del artículo 23 de la ley 1150de 2007 y la modificación contenida en el decreto 1273 de 2018.		
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: **3112120935**		
TIPO DE CUENTA: NEQUI	**ENTIDAD BANCARIA: NEQUI**	
GARANTIAS (N° POLIZA DE CUMPLIMIENTO	COMPAÑÍA ASEGURADORA	

SUPERVISOR DEL CONTRATO	
Nombre Del Supervisor: **MARIA FERNANDA LOPEZ SILVA**	
Dependencia: Secretaria de Desarrollo Social y Comunitario	Cargo: Secretaria de Desarrollo Social Y comunitario
Correo electrónico: secretariadedesarrollosocial@sardinata-nortedesantander.gov.co	Teléfono:3229525697

VERIFICACION PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	Nueva EPS	4665346931	agosto	94.900
PENSIÓN	Porvenir	4665346931	agosto	121.400

09-26

A.R.L	Positiva	4665346931	agosto	18.500

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO A LA FECHA	
CONCEPTO	**VALOR**
Valor inicial del contrato	**$8.828.400,00**
Valor Adicionales	**$0**
Valor Total del Contrato	**$8.828.400,00**
Valor Pagado	**$ 0**
Valor Cobrado en el presente informe	**$ 2.207.100,00**
Valor total ejecutado	**$ 6.621.300,00**
Valor saldo por ejecutar	**$ 6.621.300,00**

CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo. Myriam Velásquez Fuentes con cedula de ciudadanía 37.197.617 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 ____ NO X
6. Que para efectos de la aplicación del artículo 383 del E.T., bajo gravedad de juramento certifico: He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad pactada (Par. 2 Art. 383 ET). SI _____ NO X

a. 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.

Myriam Velásquez Fuentes

Myriam Velásquez Fuentes
C.C37197617
myriamvfuentes1@gmail.com

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo, **María Fernanda López Silva** con cédula de ciudadanía, en mi calidad de Supervisor del Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión, 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, **María Fernanda López Silva** en calidad del supervisor del contrato **N°CD- 288 de 2026**, para el cual fui designado como supervisor mediante oficio de fecha **14 de agosto de 2026**, 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 catorce (14) días del mes de septiembre de 2026.

MARIA FERNANDA LOPEZ SILVA
Secretaria de Desarrollo Social y Comunitario
SUPERVISOR