ACTA DE PAGO N°01

090303

PAGO N° (01) DE (4)	N° PROCESO SECOP II: Convenio-001-2026
PERIODO DE PAGO: ENERO - JUNIO	VALOR PARA PAGAR
Desde 30 de enero de 2026 hasta 30 de junio de 2026	Ciento diez millones quinientos veintinueve mil cientos ochenta y dos mil pesos ($110.529.182)

INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
CONVENIO N° 001	TIPO DE CONTRATO: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN EN SECOP II:	FECHA DE INICIO: 30/01/2026	
CONTRATISTA: E.S.E. Hospital Regional Norte	NIT: 807008857 - 9	
CORREO: gerencia@eseregionalnorte.gov.co	TELÉFONO:5663847	
OBJETO: PRESTACION DE SERVICOS PARA LA EJECUCIÓN Y DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL RIESGO DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC PARA LA VIGENCIA 2026 EN EL MUNICIPIO DE SARDINATA, NORTE DE SANTANDER.		
PLAZO DE EJECUCION: 11 meses	DESDE: 30/01/2026	HASTA:30/12/2026
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N° CD 012610	FECHA DE EXPEDICION CDP enero 26 de 2026	
REGISTRO PRESUPUESTAL N°012905	FECHA DE EXPEDICION RP del 29 de enero de 2026	
RUBRO PRESUPUESTAL: 23202020091905	VALOR DEL CONTRATO: $552.645.914,00	
FORMA DE PAGO: Las partes acuerdan que **EL MUNICIPIO**, cancelará el valor del presente contrato a la **ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE,** de la siguiente forma: mediante actas parciales de ejecución de cumplimiento, una vez se alleguen la facturación, los soportes técnicos, financieros y contables respectivos, de las actividades ejecutadas, previa certificación a satisfacción del supervisor de contrato. Cada pago acordado entre las partes se realizará una vez el Supervisor del Contrato emita el concepto técnico-financiero de evaluación de las actividades objeto del contrato previendo posibles glosas a la ejecución de las mismas. Los giros se harán efectivos conforme al PAC y el flujo de caja. **PARÁGRAFO 1:** Cada pago acordado entre las partes se realizará una vez el Supervisor del Contrato emita el concepto técnico-financiero de evaluación de las actividades objeto del contrato previendo posibles glosas a la ejecución de las mismas. **PARÁGRAFO 2:** Los giros se harán efectivos conforme al PAC y el flujo de caja. Los pagos se realizarán dentro de los diez (10) días siguientes a la radicación de los documentos antes citados en la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Sardinata.		
VALOR PARA PAGAR: $110.529.182		
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: 0660-6999-9820		
TIPO DE CUENTA: CUENTA CORRIENTE	ENTIDAD BANCARIA: BANCO DAVIVIENDA	
GARANTIAS (N° POLIZA DE CUMPLIMIENTO	NO APLICA	
MODIFICATORIOS Y ADICIONALES (SI APLICA)	NO APLICA	
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: MARIA FERNANDA LOPEZ SILVA	
Dependencia: Secretaria de desarrollo social y comunitario.	Cargo: Secretaria de desarrollo social
Correo electrónico: secreterariadedesarrollosocial@sardinata_nortedesantander.gov.co	Teléfono:3107636114

VERIFICACION PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	COMFAORIENTE	36177412	Enero	$2.938.500
SALUD	EPS CAJACOPI	36177412	Enero	$ 627.600
SALUD	SANITAS	36177412	Enero	$ 6.833.400
SALUD	EPS SURA	36177412	Enero	$ 627.600
SALUD	NUEVA E.P.S. S.A.	36177412	Enero	$ 11.609.100
SALUD	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	36177412	Enero	$ 2.360.400
SALUD	COOSALUD	36177412	Enero	$ 1.372.300
SALUD	EPS-S MUTUAL - MOV	36177412	Enero	$ 540.500
SALUD	EPS-S COOSALUD	36177412	Enero	$ 1.212.200
PENSION	PROTECCION	36177412	Enero	$ 1.801.700
PENSION	PORVENIR	36177412	Enero	$ 18.731.700
PENSION	COLPENSIONES	36177412	Enero	$ 15.536.400
A.R.L	POSITIVA	36177412	Enero	$ 4.842.100

VERIFICACION PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	COMFAORIENTE	36511081	Febrero	$2.765.700
SALUD	EPS CAJACOPI	36511081	Febrero	$ 366.100
SALUD	SANITAS	36511081	Febrero	$ 7.520.700
SALUD	EPS SURA	36511081	Febrero	$ 627.600
SALUD	NUEVA E.P.S. S.A.	36511081	Febrero	$13.711.200
SALUD	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	36511081	Febrero	$3.795.300
SALUD	COOSALUD	36511081	Febrero	$958.900
SALUD	EPS-S MUTUAL - SER	36511081	Febrero	$540.500
SALUD	EPS-S MUTUAL - MOV	36511081	Febrero	$450.400
SALUD	EPS-S COOSALUD	36511081	Febrero	$977.100
PENSION	PROTECCION	36511081	Febrero	$1.321.300

PENSION	PORVENIR	36511081	Febrero	$22.680.000
PENSION	COLPENSIONES	36511081	Febrero	$16.666.300
A.R.L	POSITIVA	36511081	Febrero	$6.098.800

VERIFICACION PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	COMFAORIENTE	36876599	Marzo	$ 2.509.600
SALUD	SANITAS	36876599	Marzo	$ 7.409.200
SALUD	EPS SURA	36876599	Marzo	$ 627.600
SALUD	NUEVA E.P.S. S.A.	36876599	Marzo	$12.536.800
SALUD	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	36876599	Marzo	$3.783.100
SALUD	COOSALUD	36876599	Marzo	$ 958.900
SALUD	EPS-S MUTUAL SER	36876599	Marzo	$540.500
SALUD	EPS-S MUTUAL - MOV	36876599	Marzo	$540.500
SALUD	EPS-S COOSALUD	36876599	Marzo	$540.500
PENSIÓN	PROTECCION	36876599	Marzo	$2.376.000
PENSIÓN	PORVENIR	36876599	Marzo	$19.567.500
PENSIÓN	COLPENSIONES	36876599	Marzo	$15.822.500
A.R.L	POSITIVA	36876599	Marzo	$ 5.709.600

VERIFICACION PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	COMFAORIENTE	37216614	Abril	$ 1.815.500
SALUD	SANITAS	37216614	Abril	$ 8.154.500
SALUD	EPS SURA	37216614	Abril	$ 627.600
SALUD	NUEVA E.P.S. S.A.	37216614	Abril	$ 12.187.400
SALUD	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	37216614	Abril	$ 4.928.500
SALUD	COOSALUD	37216614	Abril	$ 958.900
SALUD	EPS-S MUTUAL SER	37216614	Abril	$ 540.500
SALUD	EPS-S COOSALUD	37216614	Abril	$ 540.500
PENSIÓN	PROTECCION	37216614	Abril	$ 1.722.600
PENSIÓN	PORVENIR	37216614	Abril	$ 21.344.700
PENSIÓN	COLPENSIONES	37216614	Abril	$ 15.169.400
A.R.L	POSITIVA	37216614	Abril	$ 5.767.100

VERIFICACION PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	COMFAORIENTE	37546243	Mayo	$ 2.403.400
SALUD	SANITAS	37546243	Mayo	$ 11.083.000
SALUD	EPS SURA	37546243	Mayo	$ 847.200
SALUD	NUEVA E.P.S. S.A.	37546243	Mayo	$ 16.250.600
SALUD	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	37546243	Mayo	$ 6.275.000
SALUD	COOSALUD	37546243	Mayo	$ 1.319.700
SALUD	EPS-S MUTUAL SER	37546243	Mayo	$ 729.700
SALUD	EPS-S COOSALUD	37546243	Mayo	$729.700
PENSIÓN	PROTECCION	37546243	Mayo	$ 2.127.600
PENSIÓN	PORVENIR	37546243	Mayo	$ 28.153.100
PENSIÓN	COLPENSIONES	37546243	Mayo	$ 21.134.700
A.R.L	POSITIVA	37546243	Mayo	$ 7.674.300

VERIFICACION PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	ENTIDAD	PLANILLA N°.	PERIODO	VALOR
SALUD	COMFAORIENTE	37858331	Junio	$ 1.650.200
SALUD	SANITAS	37858331	Junio	$ 9.213.000
SALUD	EPS SURA	37858331	Junio	$ 671.500
SALUD	NUEVA E.P.S. S.A.	37858331	Junio	$ 12.681.300
SALUD	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	37858331	Junio	$ 5.281.500
SALUD	COOSALUD	37858331	Junio	$ 1.084.400
SALUD	EPS-S MUTUAL SER	37858331	Junio	$ 578.400
SALUD	EPS-S COOSALUD	37858331	Junio	$ 578.400
PENSIÓN	PROTECCION	37858331	Junio	$ 1.818.000
PENSIÓN	PORVENIR	37858331	Junio	$ 21.373.200
PENSIÓN	COLPENSIONES	37858331	Junio	$ 17.754.100
A.R.L	POSITIVA	37858331	Junio	$ 5.904.800

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO A LA FECHA	
CONCEPTO	**VALOR**
Valor inicial del contrato	552.645.914
Valor Adicionales	0
Valor Total del Contrato	552.645.914
Valor Pagado	0
Valor Cobrado en el presente informe	110.529.182
Valor total ejecutado	110.529.182
Valor saldo por ejecutar	442.116.732

CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo. ANA MARIA PEREZ RAMIREZ con cedula de ciudadanía 60.375.833 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:

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 con los artículos 126 y 387 del E.T.

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANA MARIA PEREZ RAMIREZ
CEDULA DE CIUDADANIA: 60.375.833
CORREO ELECTRONICO: gerencia@eseregionalnorte.gov.co

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo, MARIA FERNANDA LOPEZ SILVA con cédula de ciudadanía 1091807935 en mi calidad de Supervisor del Contrato: de prestación de servicios de apoyo a la gestión para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud en el componente participación social, 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, MARIA FERNANDA LOPEZ SILVA en calidad del supervisor del convenio N° 001 del 2026, para el cual fui designado como supervisor mediante oficio de fecha 30 DE ENERO 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 21 días del mes de agosto de 2026

MARIA FERNANDA LOPEZ SILVA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL
SUPERVISOR