MINTRABAJO	PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME PARA PAGO PARCIAL	Código: GC-F-01 Versión: 5.0 Fecha: Julio 29 de 2015 Página: 1 de 3

Formato No. 1

CONTRATO No. CD-004-2018				
NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL: JUAN CARLOS PEÑALOZA DIAGO				
DIRECCIÓN: calle 9 No. 5-31 Mariquita – Tolima		TELÉFONO:		
CÉDULA Y/O NIT: 14.270.946		CORREO ELECTRÓNICO: tatopd@yahoo.com		
NOMBRE (S) DEL SUPERVISOR (ES) Y/O INTERVENTORES (ES): EDWIN PASTOR CASTAÑEDA OLIVEROS				
DEPENDENCIA: INSPECCION MARIQUITA		No. EXTENSIÓN O TELÉFONO: 2520073		
NOMBRE RESPONSABLE DE ÁREA, DIRECTOR O, SUBDIRECTOR O JEFE DE OFICINA (SEGÚN CORRESPONDA): ELIO FABIO RODRIGUEZ MENDOZA				
DEPENDENCIA: IBAGUE		No. EXTENSIÓN O TELÉFONO: 7327		
OBJETO: "ARRENDAMIENTO DE UN BIEN INMUEBLE PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA OFICINA DE LA INSPECCIÓN DE TRABAJO DEL MUNICIPIO DE MARIQUITA - TOLIMA DEL MINISTERIO DEL TRABAJO, DEL 1 DE JULIO DE 2018 AL 31 DE ENERO DE 2019".				
PLAZO DE EJECUCIÓN: 7 MESES				
Fecha de Inicio: 01/07/2018		Fecha terminación del contrato inicial: 31/01/2019		
VALOR HONORARIOS: N.A.				
VALOR DESPLAZAMIENTOS: N.A.				
ADICIÓN (Recursos): N.A. Discriminar valores de honorarios y desplazamientos por vigencias si a ello hubiere lugar				
PRÓRROGA (En caso de haberse suscrito, relacionar el término prorrogado) N.A.				
SUSPENSIÓN: N.A.				
CESIÓN: N.A.				
CONCEPTO DEL PAGO: Vr pago canon mensual de arrendamiento según contrato CD-004-2018, correspondiente del 2 al 30 de julio de 2018.				
ASPECTO ECONÓMICO				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO$	VALOR PAGADO	VALOR A PAGAR	SALDO LIBERADO	SALDO POR PAGAR
Número y fecha del Registro Presupuestal: 11218 del 3/07/2018	-0-	$ 493.136.oo	$ 493.136.oo	$3.170.160.oo

CUMPLIMIENTO PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
SALUD: (Valor pagado) N.A. **CUMPLIÓ: (SI / NO) N.A.**	**PENSIÓN: (valor pagado) N.A.** **CUMPLIÓ: (SI / NO) N.A.** **ARL (Valor pagado) N.A.** **CUMPLIÓ: (SI / NO) N.A.**
NUMERO DE PLANILLA DE PAGO O CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE FECHA: (incluir número y fecha). N.A.	

CONCEPTO SUPERVISOR (ES) y/o INTERVENTOR (ES) (Revaluación del Proveedor)

El/La contratista, **JUAN CARLOS PEÑALOZA DIAGO**, cumplió con las obligaciones contraídas en el Contrato No. CD-004-2018, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período arriba mencionado, correspondiente al Contrato principal.

(Nota: Para cada pago, es necesario, anexar el formato denominado "Matriz Concepto y Porcentaje de Cumplimiento de Obligaciones y/o Productos Contractuales").

De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de $493.136.oo

En calidad de supervisor del contrato No. CD-004-2018, certifico que (el jefe o responsable de la dependencia) ha sido informado de los avances en la ejecución del presente contrato.

OBSERVACIONES
(SOLO SI APLICA NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACION)
FIRMA RESPONSABLES: --- Supervisor (es)/Interventor (es)
FECHA: 31/07/2.018