MINHACIENDA / TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN	Codigo:	Apo.4.1.4Fr002
	Fecha	19/11/2012
Apo.414 Fr.002 Cumplido para Pago	Versiòn	5

PARA: SUBDIRECCION FINANCIERA Y GRUPO DE CONTRATOS RADICADO No.: CP - CONS 11

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO, ORDEN O CONVENIO No. 3 - 132 - 2017 **No. Compromisos** 69917,817

NIT O DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA 79915805

OBJETO DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORÍA JURÍDICA EN MATERIA DE CONTRATACIÓN ESTATAL, ASÍ COMO EL APOYO EN LA REALIZACIÓN DE TODOS LOS TRÁMITES NECESARIOS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LOS PROCESOS DE SELECCIÓN DE CONTRATISTAS DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO: 15/03/2017

NOMBRE CONTRATISTA: EDIXON MANUEL SANCHEZ BARINAS

VALOR DEL CONTRATO: 81,036,636.00 — VR DEL CONTRATO MAS ADICIONES: 81,036,636.00

VALOR ADICIONES: .00

FECHA ACTA DE INICIO: 16/03/2017

FECHA DE FINAL: 14/03/2018

TOPE MINIMO DE SEGURIDAD SOCIAL

I.B.C. | SALUD

PENSION | A.R.L.

DATOS ESPECIFICOS DEL PAGO

No.	Tipo de Pago	No.	Condicion del Pago	Aclaracion del Pago	Valor de Pago	Iva Aplicado	Valor IVA	Valor Amortizacion Anticipada	Total Pago
1	INFORME NO.	10	PERIODO	DEL 01 AL 31 DE ENERO DE 2018	6,753,053.00	0 %	.00		6,753,053.00
2			PERIODO			%			
				TOTALES	6,753,053.00		.00		

TOTAL A PAGAR: **6,753,053.00**

PERIODO PAGADO - APORTES SEGURIDAD SOCIAL ENERO DEL AÑO 2018 — PLANILLA No. 24865999 CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO DE 2018

Anexos y No. de Folios

Factura		Cuenta de Cobro	1	Declaracion juramentada Seguridad Social	1
Otros anexos o Folios	2	Entrada a Almacen		Constancias de pago de la seguridad social	
				Total de Folios Anexos	4

En calidad de Supervisor/Interventor del contrato enunciado, certifico que he verificado el cumplimiento a satisfaccion de las obligaciones que emanan del contrato, la acreditacion del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral y las cifras y valores corresondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita

Se firma a los 15 dias del mes de Febrero del año 2018

SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES

FIRMA: Sonia Rojas A.

NOMBRE: SONIA LILIANA ROJAS ACEVEDO
CARGO: COORDINADORA
CEDULA: 52216353

EN CASO DE HABER MAS SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES, DEBEN FIRMAR EN LA SIGUIENTE HOJA