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. 003 DE 2018				
NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL: CARMEN ELENA AHUMADA ESTRADA				
DIRECCIÓN: calle 24 No. 17ª-13		**TELÉFONO: 3015109100**		
CÉDULA Y/O NIT: 22.638.509		**CORREO ELECTRÓNICO:**		
NOMBRE (S) DEL SUPERVISOR (ES) Y/O INTERVENTORES (ES): MARCIAL BERDUGO HERRERA.				
DEPENDENCIA: DIRECCIÓN TERRITORIAL ATLÁNTICO		**No. EXTENSIÓN O TELÉFONO: 8780144**		
NOMBRE RESPONSABLE DE ÁREA, DIRECTOR O, SUBDIRECTOR O JEFE DE OFICINA (SEGÚN CORRESPONDA): OFELIA HERNANDEZ ARAQUE				
DEPENDENCIA: DIRECCIÓN TERRITORIAL ATLÁNTICO		**No. EXTENSIÓN O TELÉFONO: 5701**		
OBJETO: LA ARRENDADORA, da en calidad de arrendamiento a **EL MINISTERIO DEL TRABAJO, Inspección de Sabanalarga** y éste lo recibe al mismo título, el inmueble ubicado en la calle 24 No. 17ª-13 del Municipio de Sabanalarga (Atlántico). Los Linderos del inmueble son: NORTE: Mide 9.95 mts; SUR: Mide 10.30 Metros; ESTE: Mide 9.85 Metros; OESTE: Mide 9.70 Metros, En este lote se encuentra construida una casa de mampostería, techos de eternit, pisos de mosaicos, sus anexidades y dependencias, marcada con el no.17ª-13 de la Calle 24 de acuerdo a la Escritura 1045 de Octubre 02 de 1995 de la Notaria Única de Sabanalarga, del 1° de Febrero al 31 de Diciembre de 2018.				
PLAZO DE EJECUCIÓN: Once (11) meses				
Fecha de Inicio: 1° de Febrero de 2018		**Fecha terminación del contrato inicial:** 31 de Diciembre de 2018		
VALOR HONORARIOS: NO APLICA				
VALOR DESPLAZAMIENTOS: NO APLICA				
ADICIÓN (Recursos): NO APLICA Discriminar valores de honorarios y desplazamientos-por vigencias si a ello hubiere lugar				
PRÓRROGA (En caso de haberse suscrito, relacionar el término prorrogado) NO APLICA				
SUSPENSIÓN: NO APLICA				
CESIÓN: NO APLICA				
CONCEPTO DEL PAGO: ARRENDAMIENTO DEL 1 AL 30 DE JUNIO DE 2018				
ASPECTO ECONÓMICO				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO **$13.472.624**	**VALOR PAGADO** **$4.899.136**	**VALOR A PAGAR** **$1.224.784**	**SALDO LIBERADO** **$0**	**SALDO POR PAGAR** **$7.348.704**

MINTRABAJO	**FORMATO INFORME PARA PAGO PARCIAL**	**Código: GC-F-01**
		Versión: 5.0
		Fecha: Julio 29 de 2015
		Página: 2 de 3

Número y fecha del Registro Presupuestal: 618 del 25 de Enero de 2018				

CUMPLIMIENTO PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

SALUD: $ **CUMPLIÓ: N/A**	**PENSIÓN: $** **CUMPLIÓ: N/A** **ARL $** **CUMPLIÓ: N/A**

NUMERO DE PLANILLA DE PAGO O CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE FECHA: N/A

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

El/La contratista, **CARMEN ELENA AHUMADA ESTRADA**, cumplió con las obligaciones contraídas en el Contrato No. **003 DE 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 $1.224.784

En calidad de supervisor del contrato No. XXXX de XXXX certifico que (el jefe o responsable de la dependencia) ha sido informado de los avances en la ejecución del presente contrato. (Ésta manifestación aplica en los casos en los que la supervisión se ejerza por designación del titular de la supervisión)

OBSERVACIONES
(SOLO SI APLICA NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)
FIRMA RESPONSABLES: ..... Supervisor (es)/Interventor (es)
FECHA: 01 DE JUNIO DE 2018