COLCIENCIAS Ciencia, Tecnología e Innovación	AUTORIZACION DE PAGO	**Código:** A106PR16F15 **Versión:** 00 **Fecha:** 2017-01-13

Contrato No.: (cuando aplique)	**325-2019**					
Objeto del Contrato: (cuando aplique)	"Contratación de la prestación de servicios para la ejecución de actividades derivadas del programa de medicina preventiva del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS".					
Nombre del Contratista / Proveedor	**BIENESTAR Y SALUD EMPRESARIAL**					
NIT/ C.C.	**900462772-4**					
Banco:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**Ahorros**	**x**	**Corriente**		
No. Cuenta:	**24089772614**					
N° Registro Presupuestal	**36519 de 07/02/2019**					
N° CDP (no aplica para contratos de prestación de servicios)	**30919 de 24/01/2019**					
Correo electrónico de notificación	**Supervisor contrato**	ymmosquera@colciencias.gov.co dmalvarez@colciencias.gov.co		**Entidad contratista**	ymmosquera@colciencias.gov.co dmalvarez@colciencias.gov.co	
Valor Inicial Contrato (cuando aplique)						**16.999.159,00**
Valor Adición / Reducción						
Valor Total Contrato						**16.999.159,00**

Informe de ejecución del contrato

Período a legalizar **del** **13 de febrero de 2019** **al** **31 demarzo de 2019**

Acta/Cuenta de Cobro	Factura o cuenta de cobro			Saldo por ejecutar	Observaciones
	Fecha	Número Factura	Valor total		
1	11/04/2019	N5859	479.500,00	16.519.659,00	
2					
3					
4					
5					
			SALDO POR EJECUTAR	-	

*En calidad de **Supervisor** del contrato citado, manifiesto que el contratista SI _X___ NO____ cumplió dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas en el contrato o sus anexos y por lo tanto autorizo el trámite para el pago por el valor de : cuatrocientos setenta y nueve mil quinientos pesos M/CTE ($ 479,500) conforme lo señala la cláusula correspondiente al valor y forma de pago.*

YUDY MILENA MOSQUERA PEÑA
Nombre Supervisor / Quien autoriza:

Firma:

DIANA MARCELA ALVAREZ HERNADEZ
Nombre Supervisor / Quien autoriza:

Firma:

PARA TRÁMITE ÁREA FINANCIERA

POR RENTA _____

POR IVA _____

POR ICA _____

NETO A PAGAR _____

AFC-VOLUNTARIA _____

OBLIGACIÓN _____

OBLIGACIÓN