Formulario: PAGO A CONTRATISTAS
Radicado: 62-02-20230719000383
Fecha: 19/07/2023 04:37:30 p. m.
Usuario: msaguirref
NIT/CC DEL CONTRATISTA: 901.310.985-8
NOMBRE CONTRATISTA: MARKETING GROUP CL S.A.S
CONTRATO: I.P18-2023
Fecha generación: 19/07/2023 04:42:31 p. m.



En mi calidad de supervisor (a) del contrato que a continuación relaciono, hago constar el cumplimiento a cabalidad por parte del contratista, de las obligaciones y actividades contenidas en el mismo, razón por la cual se autoriza pago a favor del contratista

DATOS GENERALES:

CONTRATO Nº:	IP 18-2022
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO O MINIMA CUANTIA
VALOR	$ 32.480.000
FORMA DE PAGO	CONTRA FACTURACIÓN
VALOR ANTICIPO – PAGO ANTICIPADO	0
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARKETING GROUP CL S.A.S
C.C/ NIT:	901.310.985-8
OBJETO:	REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS EN EL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL Y ESTÍMULOS DURANTE LA VIGENCIA 2023, EN PRO DE LOGRAR UNA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MODERNA, DE GESTIÓN EFICIENTE Y PRODUCTORA DE RESULTADOS MEDIBLES Y VERIFICABLES, A TRAVÉS DE FUNCIONARIOS CON ALTOS NIVELES DE EFICIENCIA.
PLAZO	DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2023.
FECHA DE INICIO	02-06-2023
FECHA DE TERMINACIÓN	15-12-2023
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGÉLICA ARENAS ARANGO
CARGO:	SECRETARIA GENERAL
CDP – FECHA	209 DEL 23 DE MARZO DE 2023
RP - FECHA	300 DEL 02 DE JUNIO DE 2023
CDP – FECHA (GASTOS VARIABLES)	N/A
RP - FECHA (GASTOS VARIABLES)	N/A
PAGO PARCIAL NÙMERO	UNO

PAGO A CONTRATISTAS
Radicado: 82-02-20230719000385
Fecha: 19/07/2023 04:37:30 p. m.
Usuario: msaguirref
NIT CC DEL CONTRATISTA: 901.310.985-8
NOMBRE CONTRATISTA: MARKETING GROUP CL S.A
CONTRATO: I.P18-2023

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRATISTA FRENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:

CONTRATISTA PERSONA NATURAL ___ El contratista presentó planillas de pago de aportes a la Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y Riesgos Laborales _____ por el periodo de _____. Valor facturado $ _____ Base $ _____ Salud 12.5% $ _____ Pensión 16% $ _____ ARL ___ % $ _____ Verificado el monto de cada uno de los aportes en la planilla, se constató que se ajusta a la base de liquidación correspondiente al valor del contrato.	CONTRATISTA PERSONA JURÍDICA ___X__ El contratista presentó certificación suscrita por el Revisor Fiscal o Representante Legal acreditando que se encuentra a paz y salvo en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales), y Parafiscales al SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar, si aplica. Por el periodo _JULIO.

Dirección: Calle 21 23-22
Edificio Seguros Atlas - Manizales, Caldas

Teléfono: (68) 845639
Línea Gratuita: 01 8000 96 8005

www.inficaldas.com
atencionalciudadano@inficaldas.com

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES CONTRATO	CONCEPTO SOBRE EL CUMPLIMIENTO	SOPORTE
REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS EN EL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL Y ESTÍMULOS DURANTE LA VIGENCIA 2023, EN PRO DE LOGRAR UNA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MODERNA, DE GESTIÓN EFICIENTE Y PRODUCTORA DE RESULTADOS MEDIBLES Y VERIFICABLES, A TRAVÉS DE FUNCIONARIOS CON ALTOS NIVELES DE EFICIENCIA.	SE CUMPLIO A SATISFACCION	FRA FE - 182

GASTOS VARIABLES

A continuación, relaciono los desplazamientos que realizo el contratista previo a la presentación de este informe. Cada informe cuenta con el visto bueno, que se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS		VALOR
		INICIO	FINALIZACIÓN	
1.				
2.				
.....				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación de informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

RESUMEN PAGOS:

VALOR DEL CONTRATO	$ 32.480.000
VALOR DE ESTE PAGO	$ 17.616.165
VALOR PAGADO A LA FECHA (INCLUIDO ESTE PAGO)	$ 17.616.165
VALOR PENDIENTE EJECUTAR	$ 14.863.835
VALOR GASTOS VARIABLES	$ 0
VALOR TOTAL A PAGAR	$ 17.616.165

OBSERVACIONES:

Se expide la presente constancia para efectos de pago PARCIAL _X__ FINAL ____

Fecha: 19 julio 2023

Firma Supervisor del Contrato

ANGELICA ARENAS ARANGO
SECRETARIA GENERAL

Dirección: Calle 21 23-22
Edificio Seguros Atlas - Manizales, Caldas

Teléfono: (68) 845639
Línea Gratuita: 01 8000 96 8005

www.inficaldas.com
atencionalciudadano@inficaldas.com