MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

FORMATO SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL
(ADICION/REDUCCION/LIBERACIÓN)

Solicitud No. 20236230024153

Fecha : día **31** mes **08** año **2023**

Tipo de Registro: Expedición **X** Adición ___ Reducción ___ Liberación ___

Tipo de Documento: **Contrato de Arrendamiento** Número: **CO-175-2023**

**Proveedor:** CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR DE CUCUTA LIMITADA **NIT o CC**
890505046-6
890505046-6
890505046-6

**Objeto:** CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DE UN Ã•REA DENTRO DEL PREDIO UBICADO EN LA CALLE 22 N # 8N â€“ 47 DE LA CIUDAD DE CÃšCUTA PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO FACILITADOR DE SERVICIOS MIGRATORIOS DE LA UAEMC, REGIONAL ORIENTE

Clasificación del gasto: FUNCIONAMIENTO **X** INVERSIÓN ___

Vigencia: ACTUAL **X** Valor: **99,545,600.00**

FUTURA _____ Valor: **0.00** No. Autorización

**No Solicitud CDP** 50223 **No CDP** 48923

| RUBRO | VIGENCIA ACTUAL | | VIGENCIA FUTURA | |
|---|---|---|---|---|
| | NACION | PROPIOS | NACION | PROPIOS |
| A-02-02-02-007-002 SERVICIOS INMOBILIARIOS | 0.00 | 99,545,600.00 | 0.00 | 0.00 |
| VALOR TOTAL A REGISTRAR | | | | **99,545,600.00** |

Realizar consignación a la cuenta : CUENTA CORRIENTE 00130306000100302l4 de BBVA

**Forma de Pago:** : Los pagos se realizarán, dentro de los DIEZ (10) días calendario siguientes a la fecha de presentación de la factura o documento equivalente
correspondiente, acompañados de los informes de actividades, de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato
y la certificación del pago de sus obligaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos Laborales, así como el pago de los
aportes Parafiscales a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA,
expedida por el Representante Legal o por el Revisor Fiscal, según sea el caso. (Persona

jurídica) o certificado de afiliación o pago de aportes al
Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión. (Persona natural)

**Anexos:** - CONTRATO
- RUT
- CERTIFICADO DE TERCEROS SIIF
- CUENTA BANCARIA
- CEDULA REPRESENTANTE LEGAL
- RESOLUCION

**Dependencia Solicitante**

Firma 

Nombres y Apellidos DIANA CAROLINA ACEVEDO JIMENEZ
Cargo PROFESIONAL DE MIGRACION

No Registro Presupuestal ***NRCDP***