GOBIERNO DE COLOMBIA — MINHACIENDA	Codigo:	Apo.4.1.4Fr002
	Fecha	19/11/2012
Apo.414 Fr.002 Cumplido para Pago	Versiòn	5

PARA: SUBDIRECCION FINANCIERA Y GRUPO DE CONTRAT RADICADO No.: CP- 3-2019-000057 112/2019/MEM CONS. 1

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO, ORDEN O CONVENIO No. 3 - 404 - 2018

NIT O DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA 8047217

OBJETO DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO: Prestar servicios profesionales para brindar soporte técnico, acompañamiento y atención a los departamentos de ANTIOQUIA y CHOCÓ y demás entidades que indique la DGRESS tanto del sector central como el sector descentralizado a nivel departamental y municipal, en el cumplimiento de las normas que rigen al FONPET y al proyecto ¿Seguimiento y Actualización de los Cálculos Actuariales del Pasivo Pensional de las Entidades Territoriales¿ (PASIVOCOL).

No. Compromisos 237318

FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO: 13/12/2018

NOMBRE CONTRATISTA: JOHN WILLIAM GRANDA PALACIO

VALOR DEL CONTRATO: 44,673,713.00

VALOR ADICIONES: .00

VR DEL CONTRATO MAS ADICIONES: 44,673,713.00

FECHA ACTA DE INICIO: 19/12/2018

FECHA DE FINAL: 12/07/2019

TOPE MINIMO DE SEGURIDAD SOCIAL

I.B.C.	958,320	SALUD	119,800
PENSION	153,300	A.R.L.	5,000

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.	1	PERIODO	PAGO DEL 19 AL 31 DE DCIIEMBRE DE 2018	2,395,801.00	0 %	.00		2,395,801.00
2						%			
				TOTALES	2,395,801.00		.00		

TOTAL A PAGAR: 2,395,801.00

PERIODO PAGADO - APORTES SEGURIDAD SOCIAL DICIEMBRE DEL AÑO 2018

PLANILLA No. 7708599769

Anexos y No. de Folios

Factura		Cuenta de Cobro		Declaracion juramentada Seguridad Social	2
Otros anexos o Folios	19	Entrada a Almacen		Constancias de pago de la seguridad social	1
				Total de Folios Anexos	22

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 2 dias del mes de Enero del año 2019

SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES

FIRMA: María Virginia Jordán Q.
NOMBRE: MARIA VIRGINIA JORDAN QUINTERO
CARGO: DIRECTORA
CEDULA: 67020057

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