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 CONTRATOS RADICADO No.: CP-3-2019-016533 CONS 9

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO, ORDEN O CONVENIO No.: 3 . 404 - 2018 — No.Compromiso 12019237318 — 19295/2019

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 el proyecto ¿Seguimiento y Actualización de los Cálculos Actuariales del Pasivo Pensional de las Entidades Territoriales¿ (PASIVOCOL).

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

NOMBRE CONTRATISTA: JOHN WILLIAM GRANDA PALACIO

VR CONTRATO MAS ADICIONES: 66,882,793.00 — ADIC: 22,209,080.00 — COTR: 44,673,713.00

FECHA DE INICIO: 19/12/2018

FECHA DE TERMINACION: 31/10/2019

TOPE MINIMO DE SEGURIDAD SOCIAL

I.B.C.	SALUD	PENSION	A.R.L.

Adiciones y/o Cesiones del Contrato

Adicion No. 1 — Fecha Adicion 11/07/2019 — Desde 13/07/2019 Hasta 31/10/2019 — Tiempo Adicion 0 anos - 3 meses y 19 dias — Objeto: OTROSÍ NO. 1 MEDIANTE EL CUAL SE PRORROGA EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y SE ADICIONA EL VALOR DEL CONTRATO NO. 3.404-2018.

DATOS ESPECIFICOS DEL PAGO

Tipo de Pago	No..	Condicion de Pago	Aclaracion	Vr.Pago	Iva Aplicado	Valor Iva	Amor Anticipada	Total a Pagar
INFORME NO.	9	PERIODO	PAGO MES DE AGOSTO DE 2019	6,169,189.00	0 %	.00		6,169,189.00
			TOTALES	6,169,189.00		.00		

TOTAL A PAGAR: 6,169,189.00

PERIODO PAGADO - APORTES SEGURIDAD SOCIAL AGOSTO DEL AÑO 2019 — PLANILLA No.: 7729195403

Anexos y No. de Folios

Factura		Cuenta de Cobro		Declaracion juramentada Seguridad Social	1
Otros Anexos o Folios	15	Entrada a Almacen		Constancias de pago de la seguridad social	1
				Total de Folios Anexos	17

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 correspondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita

Se firma a los 4 dias del mes de Septiembre del año 2019

SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES

FIRMA: maria Virginia jordan
NOMBRE: MARIA VIRGINIA JORDAN QUINTERO
CARGO: DIRECTORA
CEDULA: 67020057