Apo.414 Fr.002 Cumplido para Pago

Codigo:	Apo.4.1.4Fr002	Fecha	31/01/2023	Versiòn	6

PARA: SUBDIRECCION FINANCIERA Y GRUPO DE CONTRATOS RADICADO No.: CP - CONS 5

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO, ORDEN O CONVENIO No. 3 . 351 - 2023

NIT O DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA 1032460038

Radicado: 2-2024-000666
Bogotá D.C., 9 de enero de 2024 18:43

OBJETO DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA LA ASESORÍA, ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO JURÍDICO EN LAS ACCIONES DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES Y SUS DESCENTRALIZADAS, ASÍ COMO RESPECTO DE LOS PLANES, DIRECTRICES Y PROCEDIMIENTOS QUE REQUIERA LA DIRECCIÓN GENERAL DE APOYO FISCAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN A SU CARGO.

No.Compromiso 130423

FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO: 01/08/2023

NOMBRE CONTRATISTA: CARLOS ANDRES ARIZA MACIAS

VALOR DEL CONTRATO: 33,451,604.00 ADICIONALES: 13,118,276.00 SALDO CONTRATO: 7,433,690.00

FECHA DE INICIO: 02/08/2023

FECHA DE TERMINACION: 29/02/2024

Adiciones y/o Cesiones del Contrato

Adicion No. 1 | Fecha Adicion 21/12/2023 | Desde 01/01/2024 Hasta 29/02/2024 | Tiempo Adicion 0 anos - 1 meses y 29 dias | Objeto: OTROSÍ NO. 1 MEDIANTE EL CUAL SE PRORROGA EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y SE ADICIONA EL VALOR DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 3.351-2023

DATOS ESPECIFICOS DEL PAGO

Tipo de Pago	No.	Condicion de Pago	Aclaracion	Vr.Pago	Iva Aplicado	Valor Iva	Amortizacion Anticipada	Total a Pagar
INFORME NO.	5	PERIODO	DICIEMBRE DE 2023	6,559,138.00	0 %	.00		6,559,138.00
			TOTALES	6,559,138.00		.00		

TOTAL A PAGAR: 6,559,138.00

Anexos y No. de Folios

Factura		Cuenta de Cobro		Declaracion juramentada Seguridad Social	1
Otros Anexos o Folios	7	Entrada a Almacen		Constancias de pago de la seguridad social	2
				Total de Folios Anexos	10

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

SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES

FIRMA: _____
NOMBRE: ROSITA SEDANO MORALES
CARGO: ASESOR
CEDULA: 51603790

Firmado digitalmente por:MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por:ROSITA SEDANO MORALES
ASESOR COD 1020 GR 16

CON_R3045

Validar documento firmado digitalmente en: http://sedeelectronica.minhacienda.gov.co
eXbP Skcq mRt1 i/h0 tOOT IPK8 eIY=