

2

Exp: 29804



GOBIERNO DE COLOMBIA



MINHACIENDA

Código:

Apo.4.1.4Fr002

Fecha

19/11/2012

Versión

5

Apo.414 Fr.002 Cumplido para Pago

PARA: SUBDIRECCION FINANCIERA Y GRUPO DE CONTRA1 RADICADO No.: CP - 3-2018-019881 CONS 1

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO, ORDEN O CONVENIO No. 3 253 2018

NIT O DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA 1121913264

OBJETO DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO

APOYAR AL DESPACHO DEL MINISTRO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO MEDIANTE EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE PROYECTOS DE LEY DE ORIGEN PARLAMENTARIO Y DEL GOBIERNO NACIONAL PRESENTADOS EN LAS COMISIONES DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA, CON ÉNFASIS EN LOS PROYECTOS DE LEY QUE EL MINISTERIO CONSIDERE PRIORITARIOS PARA EL GOBIERNO NACIONAL Y, APOYO EN LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE ENLACE CON EL CONGRESO EN LO RELACIONADO CON EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA ACTIVIDAD LEGISLATIVA.

No. Compromisos 166918

FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO

11/10/2018

NOMBRE CONTRATISTA

JUAN SEBASTIAN RAMIREZ GOMEZ

VALOR DEL CONTRATO

50,145,239.00

VR DEL CONTRATO MAS ADICIONES

50,145,239.00

VALOR ADICIONES

.00

FECHA ACTA DE INICIO:

12/10/2018

FECHA DE FINAL

30/09/2019

TOPE MINIMO DE SEGURIDAD SOCIAL

I.B.C.

1,079,614

SALUD

135,000

PENSION

172,700

A.R.L.

5,600

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	DEL 12 AL 31 DE OCTUBRE DE 2018	2,699,036.00	0 %	.00		2,699,036.00
TOTALES					2,699,036.00		.00		
TOTAL A PAGAR									2,699,036.00

PERIODO PAGADO - APORTES SEGURIDAD SOCIAL OCTUBRE DEL AÑO 2018

PLANILLA No. 7781502

Anexos y No. de Folios

Factura		Cuenta de Cobro		Declaracion juramentada Seguridad Social	1
Otros anexos o Folios	3	Entrada a Almacen		Constancias de pago de la seguridad social	1
Total de Folios Anexos					5

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 1 dias del mes de Noviembre del año 2018

SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES

FIRMA:
NOMBRE: JUAN SEBASTIAN JIMENEZ AVILA
CARGO: ASESOR
CEDULA: 1018415021