Exp: 13529

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-3-2019-011357 CONS 9

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 166918,11219

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.	1,704,654	SALUD	213,100
PENSION	272,700	A.R.L.	8,900

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.	9	PERIODO	JUNIO DE 2019	4,261,635.00	0 %	.00		4,261,635.00
				TOTALES	4,261,635.00		.00		

TOTAL A PAGAR **4,261,635.00**

PERIODO PAGADO - APORTES SEGURIDAD SOCIAL JUNIO DEL AÑO 2019 — PLANILLA No. 8219508

Anexos y No. de Folios

Factura		Cuenta de Cobro		Declaracion juramentada Seguridad Social	1
Otros anexos o Folios	6	Entrada a Almacen		Constancias de pago de la seguridad social	1
				Total de Folios Anexos	8

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 Julio del año 2019

SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES

FIRMA:
NOMBRE: LAURA MARIA CASTA#EDA NU#EZ
CARGO: ASESOR
CEDULA: 52966804

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