Exp: 15935

| 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 - 3-2019-013442 CONS 10

**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. | 10 | PERIODO | JULIO 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 JULIO DEL AÑO 2019 PLANILLA No. 8316317

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

Se firma a los 1 dias del mes de Agosto del año 2019

**SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES**

FIRMA:
NOMBRE: LAURA MARIA CASTAÑEDA NUÑEZ
CARGO: ASESOR
CEDULA: 52966804

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