	CONTRATO	CÓDIGO TRD: 210-08-07
		VERSIÓN: 01
	FORMATO ÚNICO DE LIQUIDACIÓN Y TRÁMITE DE PAGO	FECHA: 23/01/2024
		PÁGINA:

INFORMACIÓN BÁSICA

ESPACIO PARA RADICACIONES

SECRETARIA DE GOBIERNO	SECRETARIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	DESPACHO ALCALDE	SECRETARIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
22/04/24			
DEVOLUCION	DEVOLUCION	DEVOLUCION	DEVOLUCION

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO:	*70*	DE	*2024*

OBJETO:

SUMINISTRO DE CARNETS COMO ESTRATEGIA DE IDENTIFICACION INSTITUCIONAL DE LOS SERVIDORES PUBLICOS Y COLABORADORES DE LA ALCALDIA DE NOCAIMA CUNDINAMARCA

CONTRATISTA

GRUPO GRAFEX SAS

IDENTIFICACION

NIT: 901.114.293-1

II. INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Fecha Suscripcion del Contrato:	7	*DE*	3	DE	2024	
Fecha Acta de Inicio :	7	*DE*	3	DE	2024	
Plazo de ejecución	*9 MESES, 23 DIAS*		*Tiempo Adicion y Prorroga*			
Fecha Inicial de terminación del Contrato:	30	*DE*	12	*DE*	2024	
Fecha Firma Prorroga		*DE*		*DE*		
Nueva fecha de terminación del Contrato:		*DE*		*DE*		

III. INFORMACION DEL PAGO PARCIAL y/o FINAL

IV. FORMA DE PAGO

El MUNICIPIO pagará al CONTRATISTA el valor establecido al contratista, de acuerdo a los elementos efectivamenteentregados, previa certificacion por parte del supervisor a Monto agotable

	CONTRATO	CÓDIGO TRD: 210-08-07
		VERSIÓN: 01
	FORMATO ÚNICO DE LIQUIDACIÓN Y TRÁMITE DE PAGO / INFORME DE SUPERVISION	FECHA: 23/01/2024
		PÁGINA:

Contratista	GRUPO GRAFEX SAS	Periodo de Actividades	PAGO PARCIAL N° 1

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	REALIZADAS	ACTIVIDAD DESARROLLADA
Entregar los elementos requeridos por el municipio en un termino inferior a 3 dias habiles	SI	* Entrega de de 77 carnets elaborados en material PVC calibre 30 al full color, tamaño de 8.5x5.3, garantizando la informacion, la durabilidad, de los colores. Con estuche porta carnet y cinta marcada con el nombre de la entidad, correspondiente a la primer solicitud de necesidad.
Mantener los precios ofertados en su propuesta	SI	* Sostenimiento de precios
En caso de desperfectos o dañados de fabrica que los elementos presenten, el contratista se vera en la obligacion de cambiarlosa	SI	* Cumplimiento de entrega, pendiente de calidad por parte de la entidad
Asumir todos los gastos que se generen directamente o indirectamente, en la ejecucion de este contrato	SI	*Cumplimiento de entrega (enviados a la direccion correspondiente carrera 6 N (6-41, Nocaima).
Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato	SI	*Entrega de los 77 carnets correspondientes a la solicitud de necesidades

NOMBRE SUPERVISOR:	HELBER YAIR GUANA TRIANA	SUPERVISOR
CARGO:	SECRETARIO FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO	
DEPENDENCIA:	Secretaría Financiera y Administrativa	
E- MAIL	hacienda@nocaima-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO:	3007276824	

	CONTRATO	CÓDIGO TRD: 210-08-07
		VERSIÓN: 01
	FORMATO ÚNICO DE LIQUIDACIÓN Y TRÁMITE DE PAGO	FECHA: 23/01/2024
		PÁGINA:

INFORMACIÓN PARA GIRO Y CERTIFICACIÓN

Contratista	GRUPO GRAFEX SAS			Contrato No:	070 DE 2024		
Tipo de Pago	Parcial	x		Final		Pago No.	1
Periodo de Pago	PAGO PARCIAL N° 1						
No. Factura y/o Cuenta de Cobro	1			Fecha	9/04/2024		
Valor	$ 746.785,00		Valor en Letras:	SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHETA Y CINCO PESOS M/CTE			

Información de la Cuenta Bancaria Activa para Consignación:

Banco:	BANCOLOMBIA	Cuenta No.	06284309021	Ahorro		Corriente	x

CERTIFICACIÓN

1 Como supervisor o interventor del contrato certifico que el contratista cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del referido contrato, durante el período correspondiente al presente pago.

2 El contratista realizó los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y ARL.

3 Los aportes realizados por el contratista corresponden al período y monto establecidos por ley para la cotización, como se detalla a continuación:

INFORMACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

SALUD				PENSION				A.R.L			
ENTIDAD				ENTIDAD				ENTIDAD			
PERÍODO				PERÍODO				PERÍODO			
PLANILLA				PLANILLA				PLANILLA			
I.B.C.		APORTE		I.B.C.		APORTE		I.B.C.		APORTE	

OBSERVACIONES

El contratista anexa la certificación de pagos de seguridad social firmada por el contador y la planilla de pago de pago de seguridad social N° 1061810581 del periodo de febrero de 2024.

NOMBRE SUPERVISOR:	HELBER YAIR GUANA TRIANA	
CARGO:	SECRETARIO FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO	
DEPENDENCIA:	SECRETARÍA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	
E- MAIL	hacienda@nocaima-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO:	300 7276824	FIRMA

La presente certificación se expide a los: 9 días de abril de 2024.