COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	**AUTORIZACIÓN DE PAGO DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES / APOYO A LA GESTIÓN Y DOCUMENTO EQUIVALENTE**	**Código:** A206PR08F03 **Versión:** 01 **Fecha:** 2021-04-29 **Parte 1 de 2**	Ciencias

Contrato No.:	**275-2024**					
Objeto del Contrato:	"El CONTRATISTA se obliga a prestar a la ENTIDAD, con plena autonomía, técnica y administrativa, servicios profesionales especializados para desarrollar las actividades que se deriven de los procesos y procedimientos a cargo de la Dirección Administrativa y Financiera – Grupo Interno de Trabajo de Apoyo Logístico y Documental.					
Nombre del Contratista	**Flor Angélica Espinosa Sánchez**					
C.C.	**1.022.361.427**					
Entidad Bancaria:	**Davivienda**		**Ahorros**	**x**	**Corriente**	
No. Cuenta:	**450200080858**					
N° Registro Presupuestal y Fecha de expedición	**35224 DEL 30/01/2024**					
Fecha Acta de Inicio (DD/MM/AAAA - Si aplica)	**1/02/24**					
Correo electrónico de notificación	**Supervisor contrato**	lafigueroa@minciencias.gov.co	**Entidad / contratista**	faespinosa@minciencias.gov.co florangelicae@gmial.com.com		
Valor Inicial del Registro Presupuestal	**$**	**37.800.000,00**				
Valor Adición sobre el Registro Presupuestal (cuando aplique)						
Valor Reducción Registro Presupuestal (cuando aplique)						
Valor Actual del Registro Presupuestal	**$**	**37.800.000,00**				

Informe de ejecución del contrato

Periodo del informe (MM/AA)	**Del 01 de abril al 10 de abril**

N° de Pago	**Factura o Documento Equivalente**			**Saldo Registro Presupuestal**	**Observaciones**
	Fecha (dd-mm-año)	**Número**	**Valor total**		
1	1-mar-24	1	$ 6.300.000,00	$ 31.500.000	
2	1-abr-24	2	$ 6.300.000,00	$ 25.200.000	
3	1-may-24	3	$ 2.100.000,00	$ 23.100.000	
4				$ 23.100.000	
5				$ 23.100.000	
6				$ 23.100.000	
7				$ 23.100.000	
8				$ 23.100.000	
9				$ 23.100.000	
10				$ 23.100.000	
11				$ 23.100.000	
12				$ 23.100.000	
13				$ 23.100.000	

*En calidad de **Supervisor** del contrato citado, manifiesto que el contratista SI cumplió dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas en el contrato o sus anexos **(incluyendo los pagos y aportes al Sistema de Seguridad Social)** y por lo tanto autorizo el trámite para el pago conforme lo señala la cláusula correspondiente al valor y forma de pago.*

Valor autorizado: ***$ 2.100.000,00***

Luz Adriana Figueroa Gómez

Nombre supervisor: