COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	**AUTORIZACION DE PAGO**	**Código:** A206PR08F08 **Versión:** 00 **Fecha:** 2020-01-13

Ciencias

Contrato No.: (cuando aplique)	**480-2024**					
Objeto del Contrato: (cuando aplique)	Contratar los servicios profesionales de formación en el idioma inglés como segunda lengua en el marco del Programa de Bilingüismo destinado a los servidores públicos de Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación para contribuir con el mejoramiento de las competencias idiomáticas.					
Nombre del Contratista / Proveedor	**Berlitz Colombia SA**					
NIT/ C.C.	**860511232-5**					
Banco:	**Banco BBVA**		**Ahorros**		**Corriente**	**x**
No. Cuenta:	**0491007050**					
N° Registro Presupuestal y Fecha de expedición	**72924/ 2024-04-25**					
N° CDP	**47824/ 2024-02-09**					
Correo electrónico de notificación	**Supervisor contrato**	ecuellar@minciencias.gov.co	**Entidad contratista**	daniel.rodriguezr@berlitz.com.co.		
Valor Inicial Contrato	**$**					**70.000.000,00**
Valor Adición / Reducción (cuando aplique)	**$**					**-**
Valor Total Contrato	**$**					**70.000.000,00**

Informe de ejecución del contrato

Período a legalizar (cuando aplique) **del** **6/05/2024** **al** **17/06/2024**

N° de Pago	Factura o cuenta de cobro			Saldo por ejecutar	Observaciones
	Fecha Informe y/o Factura	Número Factura	Valor total		
1	17/06/2024	FE9842779	28.000.000,00	$ 42.000.000,00	
2				$ 42.000.000,00	
3				$ 42.000.000,00	
4				$ 42.000.000,00	
5				$ 42.000.000,00	
6				$ 42.000.000,00	
7				$ 42.000.000,00	
8				$ 42.000.000,00	
9				$ 42.000.000,00	
10				$ 42.000.000,00	
12				$ 42.000.000,00	
13				$ 42.000.000,00	
			SALDO POR EJECUTAR	**$ 42.000.000,00**	

En calidad de ***Supervisor*** *del contrato citado, manifiesto que el contratista SI x NO____ 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 por el valor de : $ 28.000.000. conforme lo señala la cláusula correspondiente al valor y forma de pago.*

Firma:

Nombre Supervisor / Quien autoriza: ERIKA CUÉLLAR DIAZ

PARA TRÁMITE ÁREA FINANCIERA

POR RENTA		CUENTA POR PAGAR	
POR IVA		OBLIGACIÒN	
POR ICA		APORTE FEMCOL	
NETO A PAGAR		GASTOS DE DESPLAZAMIENTO	