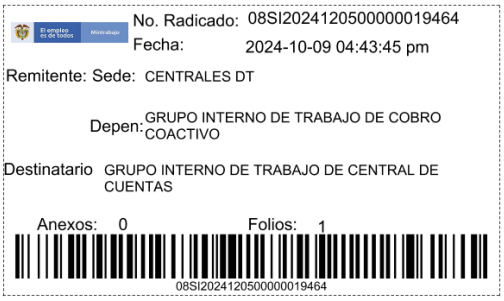
Espacio para Radicado.



N. DE CONTRATO: CPS-MT- 394 de 2024		
OBJETO: Adquirir el servicio de soporte, mantenimiento y nuevas funcionalidades del software de cobro coactivo.		
NOMBRE DEL CONTRATISTA: GRUPO CUBO SAS		
DIRECCIÓN: CL 19 # 3-50 OF 2102	**TELÉFONO: 6017022216**	
CÉDULA Y/O NIT: NIT 830129409	**CORREO ELECTRÓNICO: info@grupo-cubo.com**	
NOMBRE (S) DEL SUPERVISOR (ES) / INTERVENTORES (ES): FABIÁN CAMILO OVIEDO MENDOZA.		
DEPENDENCIA SUPERVISOR: Grupo Cobro Coactivo Oficina Asesora Jurídica	**No. EXTENSIÓN O TELÉFONO:** **PBX (601) 518 5830 Ext. 11107**	
FECHA DE INICIO SECOP: 31/05/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:** **31/12/2024**	
	FECHA DE TERMINACIÓN FINAL: **31/12/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO: **$95.033.400 IVA incluido**	**VALOR ADICIONADO AL CONTRATO:** **0**	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** **95.033.400 IVA incluido**
SUSPENSIÓN (Fecha de inicio y terminación):	**CESIÓN (Nombre cesionario y fecha de cesión):**	**TERMINACIÓN ANTICIPADA (Fecha a partir de):**
VALOR HONORARIOS MENSUAL: $21.677.800		

ASPECTO ECONÓMICOS

PERIODO DE PAGO: 01 AL 30 DE SEPTIEMBRE 2024	NÚMERO DE PAGO: 02

CONCEPTO		VALOR POR COBRAR EN EL PERIODO
1.	**HONORARIOS, SERVICIOS O COMPRAS (incluido impuestos)**	**$ 21.677.800**
2.	**DESPLAZAMIENTO**	**$0**
	TOTAL A COBRAR EN EL PERIODO DE PAGO	**$ 21.677.800**

CUMPLIMIENTO PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	VALOR	PERIODO COTIZADO	N. DE PLANILLA
	$6.171.100	**2024-09**	**80533292**

EVALUACIÓN DEL CONTRATISTA

Evalúe al contratista teniendo en cuenta las siguientes opciones:

3. Siempre 2. Casi siempre 1. Nunca

Lea los criterios que se presentan a continuación y con base a la gestión desarrollada por el contratista/ proveedor, incluya la calificación que sea pertinente.

N.	Categoría	Criterios de Evaluación.	Calificación
1	Cumplimiento	Presenta sus cuentas de cobro de acuerdo con la periodicidad establecida en el contrato.	3
2	Responsabilidad	Presenta los informes y/o soportes que le son requeridos por el supervisor.	3
3	Oportunidad	Atiende oportunamente los requerimientos hechos por el supervisor, en relación con el objeto y a las obligaciones específicas de su contrato.	3
4	Calidad	Desarrolla las obligaciones específicas bajo la calidad o condiciones técnicas requeridas.	3

CONTRATOS MINTRABAJO

N° REGISTRO PRESUPUESTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	USO PRESUPUESTAL	VALOR
185224 **185124**	C-3699-1300-13-53105B-3699062-02	A-02-02-02-008-003-01-3	$ 15.174.460
	C-3699-1300-11-53105B-3699060-02	A-02-02-02-008-003-01-3	$ 6.503.340
TOTAL (VALOR DEBE SER IGUAL A LO COBRADO)			$ 21.677.800

FONDO DE RIESGOS LABORALES ÚNICAMENTE PARA CONTRATOS FINANCIADOS CON CARGO AL FONDO DE RIESGOS LABORALES

N° REGISTRO PRESUPUESTAL	OBJETO (A, B, C…)	SUB-RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR
			$
		TOTAL	**$**

CONTRATOS BID ÚNICAMENTE PARA CONTRATOS FINANCIADOS CON CARGO AL BID

N° REGISTRO PRESUPUESTAL	RUBROS PRESUPUESTALES	USO PRESUPUESTAL	RECURSO 14	RECURSO 15	
			PRÉSTAMO 4934 (620)	CONVENIO 4935/GR.CO (120)	CONVENIO GTR/CF 17823.CO (220)
			$	$	$
			$	$	$
TOTAL (VALOR DEBE SER IGUAL A LO COBRADO)			**$**	**$**	**$**

OBSERVACIONES

CONCEPTO SUPERVISOR (ES) Y/O INTERVENTOR (ES)
(Aplica solo para pago final)

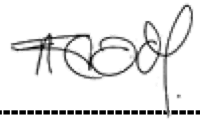
El Supervisor hace constar que el contratista CUMPLE (____) NO CUMPLE (____) con el objeto del contrato y demás obligaciones contractuales, como se evidencia en los informes.

Lo anterior, sin perjuicio de las acciones administrativas que el supervisor pueda iniciar en virtud de lo establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011.

Por lo anterior se deja constancia que:

1. El valor total del contrato $_____
2. Se canceló la suma de $ _____ por concepto de honorarios, servicios o compras.
3. Se canceló la suma de $ _____ por desplazamiento (Únicamente para contratos financiados con cargo al Fondo de Riesgos Laborales).
4. Existe saldo a favor del contratista por la suma de $ _____
5. El valor de la cesión es de $_____
6. El Ministerio liberó la suma de $_____ por honorarios, servicios o compras.
7. El Ministerio debe liberar la suma de $_____ por honorarios, servicios o compras.
8. El Ministerio debe liberar la suma de $_____ por desplazamiento (Únicamente para contratos financiados con cargo al Fondo De Riesgos Laborales).

FIRMA RESPONSABLE(S):



Firma Supervisor (es) / Interventor (es)

Fabián Camilo Oviedo Mendoza.
Supervisor CPS-MT 394 de 2024