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

Contrato No.: (cuando aplique)	**484-2024**				
Objeto del Contrato: (cuando aplique)	Servicio de arrendamiento WEBSAFI ERP y soporte por bolsa de horas				
Nombre del Contratista / Proveedor	**Software House Ltda.**				
NIT/ C.C.	**800.189.921-2**				
Banco:	**Scotiabank Colpatria**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**
No. Cuenta:	**1006635438**				
N° Registro Presupuestal y Fecha de expedición	**70224 del 22-04-2024**				
N° CDP	**50124 del 16-02-2024**				
Correo electrónico de notificación	**Supervisor contrato**	lmlozada@minciencias.gov.co lprojas@minciencias.gov.co afgonzalez@minciencias.gov.co	**Entidad contratista**	gerencia@sofhouse.net	
Valor Inicial Contrato	**$**				**82.317.060,00**
Valor Adición / Reducción (cuando aplique)	**$**				**-**
Valor Total Contrato	**$**				**82.317.060,00**

Informe de ejecución del contrato

Período a legalizar (cuando aplique) **del** **1/05/2024** **al** **31/05/2024**

N° de Pago	Factura o cuenta de cobro			Saldo por ejecutar	Observaciones
	Fecha Informe y/o Factura	Número Factura	Valor total		
1	21/05/2024	SHFE 7575	2.660.364,00	$ 79.656.696,00	Pago arrendamiento rubro A-02-02-02-007-003
2	11/06/2024	SHFE 7577	9.870.336,00	$ 69.786.360,00	Pago arrendamiento rubro A-02-02-02-007-003 Pago S Financieros rubro A-02-02-02-007-001
3				$ 69.786.360,00	
4				$ 69.786.360,00	
5				$ 69.786.360,00	
6				$ 69.786.360,00	
7				$ 69.786.360,00	
8				$ 69.786.360,00	
9				$ 69.786.360,00	
10				$ 69.786.360,00	
11				$ 69.786.360,00	
12				$ 69.786.360,00	
			SALDO POR EJECUTAR	**$ 69.786.360,00**	

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 :* ***$9.870.336*** *conforme lo señala la cláusula correspondiente al valor y forma de pago.*

Firma:

Andres Fabian Gonzalez Rodas / Luz Myriam Lozada Martin / Leydy Paola Rojas Lizarazo

Nombre Supervisor / Quien autoriza:

PARA TRÁMITE ÁREA FINANCIERA

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