Validez documento firmado digitalmente en http://sedeelectronica.minhacienda.gov.co
acou kqU3 IkJw 62qE Sx/t gUzb 2iA=

El emprendimiento es de todos · Minhacienda	Codigo:	Apo.4.1.4Fr002
	Fecha	19/11/2012
Apo.414 Fr.002 Cumplido para Pago	Versiòn	5

PARA: SUBDIRECCION FINANCIERA Y GRUPO DE CONTRAT RADICADO No.: CP - CONS. 4

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO, ORDEN O CONVENIO No. 3 - 253 - 2020

NIT O DOCUMENTO IDENTIFICACION CONTRATISTA 8047217

Radicado: 2-2020-058596

Bogotá D.C., 10 de noviembre de 2020 16:24

OBJETO DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR SOPORTE TÉCNICO, ACOMPAÑAMIENTO Y ATENCIÓN A LOS DEPARTAMENTOS DE ANTIOQUIA Y CHOCÓ Y DEMÁS ENTIDADES QUE INDIQUE LA DGRESS TANTO DEL SECTOR CENTRAL COMO DEL SECTOR DESCENTRALIZADO A NIVEL DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS QUE RIGEN AL FONPET Y AL PROGRAMA ¿SEGUIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CÁLCULOS ACTUARIALES DEL PASIVO PENSIONAL DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES¿ (PASIVOCOL).

No. Compromisos

132620

FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO: 10/07/2020

NOMBRE CONTRATISTA: JOHN WILLIAM GRANDA PALACIO

VALOR DEL CONTRATO: 81,478,535.00

VALOR ADICIONES: .00

VR DEL CONTRATO MAS ADICIONES: 81,478,535.00

FECHA ACTA DE INICIO: 14/07/2020

FECHA DE FINAL: 30/06/2021

TOPE MINIMO DE SEGURIDAD SOCIAL

I.B.C.	2,714,443	SALUD	339,300
PENSION	434,300	A.R.L.	14,200

DATOS ESPECIFICOS DEL PAGO

No.	Tipo de Pago	No.	Condicion del Pago	Aclaracion del Pago	Valor de Pago	Iva Aplicado	Valor IVA	Valor Amortizacion Anticipada	Total Pago
1	INFORME NO.	4	PERIODO	PAGO MES DE OCTUBRE DE 2020	6,786,108.00	0 %	.00		6,786,108.00
2						%			
				TOTALES	6,786,108.00		.00		

TOTAL A PAGAR: **6,786,108.00**

PERIODO PAGADO - APORTES SEGURIDAD SOCIAL OCTUBRE DEL AÑO 2020

PLANILLA No. 7768028061

Anexos y No. de Folios

Factura		Cuenta de Cobro		Declaracion juramentada Seguridad Social	1
Otros anexos o Folios	10	Entrada a Almacen		Constancias de pago de la seguridad social	1
				Total de Folios Anexos	12

En calidad de Supervisor/Interventor del contrato enunciado, certifico que he verificado el cumplimiento a satisfaccion de las obligaciones que emanan del contrato, la acreditacion del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral y las cifras y valores corresondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita

Se firma a los 9 dias del mes de Noviembre del año 2020

SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES

FIRMA: _____
NOMBRE: MARIA VIRGINIA JORDAN QUINTERO
CARGO: DIRECTORA
CEDULA: 67020057

Fecha creación Cumplido 09-11-2020

Firmado digitalmente por:MARIA VIRGINIA JORDAN QUINTERO

EN CASO DE HABER MAS SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES, DEBEN FIRMAR EN LA SIGUIENTE HOJA

Director Técnico.