MINTRABAJO	**PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME PARA PAGO PARCIAL**	**Código: GC-F-01**
		Versión: 5.0
		Fecha: Julio 29 de 2015
		Página: 1 de 3

Formato No. 1

CONTRATO No. 004 de 2018				
NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL: MARIA OLIVA TOLEDO GORRON				
DIRECCIÓN: Calle 5 No. 7-49		**TELÉFONO: 3133898270**		
CÉDULA Y/O NIT: 26.490.322		**CORREO ELECTRÓNICO:**		
NOMBRE (S) DEL SUPERVISOR (ES) Y/O INTERVENTORES (ES): LUCAS DANIEL ABELLA SERREZUELA				
DEPENDENCIA: D.T. HUILA-INSPECCION GARZON		**No. EXTENSIÓN O TELÉFONO:**		
NOMBRE RESPONSABLE DE ÁREA, DIRECTOR O, SUBDIRECTOR O JEFE DE OFICINA (SEGÚN CORRESPONDA): CARLOS ERNESTO JIMENEZ ARGOTE				
DEPENDENCIA: D.T HUILA		**No. EXTENSIÓN O TELÉFONO: 3012465798**		
OBJETO: EL ARRENDADOR da en arrendamiento el inmueble ubicado en la calle 5 No. 7-49 de Garzón. Los linderos del inmueble son: por el NORTE, con la Calle 5; por el ORIENTE, con casas de Hernando Cabrera Trujillo; POR EL OCCIDENTE Y EL SUR, con casa de Oliva Toledo de Gorrón. PARAGRAFO: El área del inmueble arrendado es de 54 metros cuadrados aproximadamente.				
PLAZO DE EJECUCIÓN:				
Fecha de Inicio: 26-01-2018		**Fecha terminación del contrato inicial: 31-12-2018**		
VALOR HONORARIOS: NA				
VALOR DESPLAZAMIENTOS: NA				
ADICIÓN (Recursos): NA Discriminar valores de honorarios y desplazamientos-por vigencias si a ello hubiere lugar				
PRÓRROGA NA				
SUSPENSIÓN: NA				
CESIÓN: NA				
CONCEPTO DEL PAGO: CANON DE ARRENDAMIENTO MES DE ABRILDEL 2018				
ASPECTO ECONÓMICO				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO$ 7.279.999	**VALOR PAGADO**	**VALOR A PAGAR**	**SALDO LIBERADO**	**SALDO POR PAGAR**
Número y fecha del Registro Presupuestal:1118 DEL 2018-01-26	**0**	**$650.000**	**0**	**$ 650.000**

CUMPLIMIENTO PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
SALUD: NA **CUMPLIÓ: NA**	**PENSIÓN: NA** **CUMPLIÓ: NA** **ARL NA** **CUMPLIÓ: NA**
NUMERO DE PLANILLA DE PAGO O CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE FECHA: NA	

CONCEPTO SUPERVISOR (ES) y/o INTERVENTOR (ES) (Revaluación del Proveedor)

El/La contratista **MARIA OLIVA TOLEDO GORRON**, cumplió con las obligaciones contraídas en el Contrato No. **004 DE 2018**, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período arriba mencionado, correspondiente al Contrato principal.

(Nota: Para cada pago, es necesario, anexar el formato denominado “Matriz Concepto y Porcentaje de Cumplimiento de Obligaciones y/o Productos Contractuales”).

De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de $ **650.000**

OBSERVACIONES
(SOLO SI APLICA NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)
FIRMA RESPONSABLES: Supervisor (es)/Interventor (es)
FECHA: ABRIL DEL 2018