GOBIERNO DE COLOMBIA / 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. 2

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO, ORDEN O CONVENIO No. 1 - 001 - 2019

NIT O DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA 900372215

OBJETO DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO: EJECUTAR OBRAS DE ADECUACIONES LOCATIVAS EN EL PISO SÉPTIMO DEL EDIFICIO SAN AGUSTÍN UBICADO EN LA CARRERA 8ª NO. 6C 38 DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C., PROPIEDAD DE LA NACIÓN - MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS.

No. Compromisos 102219

FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO: 05/07/2019

NOMBRE CONTRATISTA: GRUPO EMPRESARIAL PINZON MUÑOZ SAS

VALOR DEL CONTRATO	2,409,809,228.00	VR DEL CONTRATO MAS ADICIONES	2,409,809,228.00
VALOR ADICIONES	.00		
FECHA ACTA DE INICIO:	01/08/2019		
FECHA DE FINAL	31/12/2019		

TOPE MINIMO DE SEGURIDAD SOCIAL

I.B.C.		SALUD	
PENSION		A.R.L.	

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	FACTURA NO.	1205	PERIODO	CORTE N° 1 COSTO DIRECTO OBRA PISO 7	86,777,462.00	0 %	.00	10,821,757.00	75,955,705.00
2	FACTURA NO.	1205	PERIODO	CORTE N° 1 ADMINISTRACION	14,578,614.00	0 %	.00		14,578,614.00
3	FACTURA NO.	1205	PERIODO	CORTE N° 1 IMPREVISTOS	1,388,439.00	0 %	.00		1,388,439.00
4	FACTURA NO.	1205	PERIODO	CORTE N° 1UTILIDAD	4,599,205.00	19 %	873,849.00		5,473,054.00
				TOTALES	107,343,720.00		873,849.00		

TOTAL A PAGAR **97,395,812.00**

PERIODO PAGADO - APORTES SEGURIDAD SOCIAL AGOSTO DEL AÑO 2019 PLANILLA No. 8495522289

Anexos y No. de Folios

Factura	1	Cuenta de Cobro		Declaracion juramentada Seguridad Social	1
Otros anexos o Folios	8	Entrada a Almacen		Constancias de pago de la seguridad social	3
				Total de Folios Anexos	13

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 7 dias del mes de Octubre del año 2019

SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES

FIRMA: _____

NOMBRE: CARLOS ARTURO VERGARA NEGRETE
CARGO: INTERVENTOR
CEDULA: 79508558

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