[SEDE]

[NOMBRE DE LA DEPENDENCIA]

EL SUSCRITO INTERVENTOR O SUPERVISOR

HACE CONSTAR QUE:

|  |
| --- |
| 1. El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones pactadas en el (la): |
| Elija la modalidad de contratación según aplique | Elija un elemento. | Número/Año |  | AdiciónNo. / Año  |  | Otrosí No. / Año |  |
| CÓDIGO EMPRESA SGF – QUIPU |  |
| CONTRATISTA |  |
| IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA |  |
| Contratista Persona Natural2. El contratista presentó la (s) planilla (s) número (s) \_\_\_\_\_\_\_\_ de fecha (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la (s) que consta que ha efectuado el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión, y riesgos laborales, para el (los) período (s) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Verificado el monto de cada uno de los aportes en la (s) planilla (s), se constató que se ajusta a la base de liquidación correspondiente al valor del contrato u orden contractual. | Contratista Persona Jurídica3. El contratista presentó certificación suscrita por el revisor fiscal o el representante legal acreditando que se encuentra a paz y salvo en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, el SENA, el ICBF y las Cajas de Compensación Familiar.  |
| 4. Se autoriza el pago:[ ]  Parcial No.\_\_\_\_, por valor de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Final, por valor de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Único, por valor de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5. El nivel de satisfacción respecto a la ejecución de la orden contractual o contrato fue: [ ]  Excelente (5)  [ ]  Bueno (4)  [ ]  Aceptable (3)  | 6. Se recibió informe parcial o final de actividades:  [ ]  SI  [ ]  N/A  |

Se expide la presente constancia para efectos del respectivo pago en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_, el día Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

 [FIRMA]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [NOMBRE INTERVENTOR O SUPERVISOR]

 [No. Identificación]

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES: |
|  |

 Correo electrónico:

 Teléfono: