[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 | |  | Adición  No. / Año |  | | Otrosí  No. / Año |  |
| CÓDIGO EMPRESA SGF – QUIPU | |  | | | | | | | |
| CONTRATISTA | |  | | | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA | |  | | | | | | | |
| Contratista Persona Natural  2. 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 Jurídica  3. 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: