|EL SUSCRITO INTERVENTOR O SUPERVISOR

HACE CONSTAR QUE:

|  |
| --- |
| 1. El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones pactadas en el (la): |
| CON [ ]  | ODS  [ ]   | ODC [ ]  | Número:  | Año: | AdiciónNo. / Año  |  | Otrosí No. / Año |  |
| CÓDIGO EMPRESA SGF – QUIPU |  |
| CONTRATISTA |  |
| IDENTIFICACION 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 Jurídica2. 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.  |
| 3. Se autoriza el pago:[ ]  Parcial No.\_\_\_\_, por valor de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Final, por valor de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Único, por valor de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 4. El nivel de satisfacción respecto a la ejecución de la orden contractual o contrato fue:  [ ]  Excelente (5)  [ ]  Bueno (4)  [ ]  Aceptable (3)  | 5. 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 \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

[FIRMA]

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

[NOMBRE INTERVENTOR O SUPERVISOR]

[No. Identificación]

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

Correo electrónico:

Teléfono: