[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:

La Universidad Nacional de Colombia, como responsable del Tratamiento de Datos Personales, informa que los datos de carácter personal recolectados mediante este formato, se encuentran bajo medidas que garantizan la seguridad, confidencialidad e integridad y su tratamiento se realiza de acuerdo al cumplimiento normativo de la Ley 1581 de 2012 y de la Política de Tratamiento de Datos de la Universidad Nacional de Colombia. Puede ejercer sus derechos como titular a conocer, actualizar, rectificar y revocar las autorizaciones dadas a las finalidades aplicables a través de los canales dispuestos y disponibles en www.unal.edu.co o e-mail: [protecdatos\_na@unal.edu.co](mailto:protecdatos_na@unal.edu.co)