**EL SUSCRITO SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR HACE CONSTAR QUE:**

El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones establecida en el contrato de:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COMPRAS |  | SUMINISTROS |  | ARRIENDOS |  | SERVICIOS PERSONALES |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dependencia Solicitante: | | | |  | | | | | | | | | |
| Funcionario Responsable: | | | | |  | | Cargo: | |  | | | |
| Contrato Número: | |  | | | | Fecha del Contrato: | | | DD | | MM | AAAA |
| Objeto del Contrato: | | |  | | | | | | | | | |
| CONTRATISTA: |  | | | | | | | NIT: | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Persona Natural:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NÚMERO PLANILLA** | **FECHA PLANILLA** | **PERIODO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Se verificó la(s) planilla(s) presentada(s) por el Contratista en la que consta que ha efectuado el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales; y se constató que se ajusta a la base de liquidación correspondiente al valor del contrato.

|  |  |
| --- | --- |
| **Persona Jurídica:** |  |

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | N/A |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Se revisó y constato Informe Mensual o Parcial de actividades, según lo establecido en el contrato |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Se recibió Informe Final de actividades, cumpliendo a satisfacción el objeto del contrato |  |  |  |

La presente constancia se expide para efectos del respectivo pago, en la ciudad de XXXXX, el día XX del mes de XXXXXXX del año XXXX.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma del Supervisor: | |  | | | | |
| Nombre del Supervisor: | |  | | | C.C. ó NIT: |  |
| Teléfonos: |  | | e-mail: |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma del Interventor: | |  | | | | |
| Nombre del Interventor: | |  | | | C.C. ó NIT: |  |
| Teléfonos: |  | | e-mail: |  | | |