

**INFORME DE CUMPLIMIENTO**

Código: AD-FT-009

Versión: 5.0

Fecha: 2020-12-31

INFORME DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO No.**INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO**

TIPO DE CONTRATO

NÚMERO

OBJETO

CONTRATISTA (Nombre e Identificación)

SUPERVISOR

VALOR INICIAL

PLAZO INICIAL

FECHA DE SUSCRIPCIÓN

FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN O DE ACTA DE INICIO (SEGÚN CORRESPONDA AL INICIO DE LA EJECUCION DEL CONTRATO)

FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL

CDP

RP

MODIFICACIONES REALIZADAS (en caso que aplique)

ADICIONES

PRORROGAS

SUSPENSIONES

VALOR TOTAL

PLAZO FINAL

OTRAS MODIFICACIONES



INFORME DE CUMPLIMIENTO

Código: AD-FT-009

Versión: 5.0

Fecha: 2020-12-31

PERIODO/ CUOTA/CONDICIÓN DE PAGO: (...) La URF cancelará el valor del contrato a través de la Subdirección Jurídica y de Gestión Institucional, una vez se encuentre aprobado el PAC (Programa Anual Mensualizado de Caja), de acuerdo al valor de las actividades y servicios efectivamente ejecutados, en pagos mensuales, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de expedición del cumplimiento a satisfacción por parte del supervisor del contrato, previa entrega de los siguientes documentos:

- ✓ Factura o documento equivalente que corresponda al valor de las actividades y servicios efectivamente ejecutados en el periodo correspondiente, con los soportes respectivos según el tipo de actividad.
- ✓ Certificación expedida por el Revisor Fiscal o el Representante Legal, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, modificado por el artículo 9 de la Ley 828 de 2003 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007; en la cual se acredite que se encuentra a paz y salvo en el cumplimiento del pago de los aportes a los sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Sena.

FACTURA/ CUENTA DE COBRO /INFORME:

VALOR TOTAL A PAGAR:

EJECUCION FINANCIERA:

No. de cumplimiento de pago	VALOR DISPONIBLE	VALOR DE LA FACTURA	SALDO
1			
2			
3			

APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE FECHA XX DE XXXX DE 20XX (ANEXO CERTIFICACIÓN SUSCRITA POR EL REVISOR FISCAL).

En calidad de supervisor certifico que he verificado el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones que emanan de _____, la acreditación del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral y las cifras y valores correspondientes a las actividades ejecutadas, para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita.

En constancia se firma en un ejemplar, a los xxxxx (xx) días del mes de xxxx de 20XX, previa verificación de los documentos que constituyen soporte del presente cumplimiento, representados en: (i) factura de venta No. XXXX en x (x) folio, (ii) constancia de pago de la seguridad social integral y parafiscales suscrito por el Revisor Fiscal y documentos soportes del Revisor Fiscal en xxx (x) folios y (iii) soportes documentales de la actividad facturada en xxx (x) folios.

SUPERVISOR,



INFORME DE CUMPLIMIENTO

Código:	AD-FT-009
Versión:	5.0
Fecha:	2020-12-31

<p>XXXXXXXXXX (Nombre) C.C. No. XX.XXX.XXX XXXXXXXX (Cargo) Supervisor Contrato No. XXXXXXX</p>	<p>Visto Bueno del Ordenador del Gasto</p> <p>(Firma)</p>
	<p>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (Nombre) XXXXXXXX (Cargo) Fecha: _____</p>

<p>Recibido por el Líder del Proceso de Gestión Financiera</p> <p>(Firma)</p>
<p>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (Nombre) XXXXXXXX (Cargo) Fecha: _____</p>