CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

Contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo

1. DATOS DEL CONTRATISTA

C.C. o NIT	1.140.855.683	DV	9	No. de Contrato	192	de	Año 2021	Fecha de Inicio (dd-mes-aaaa)	24-may-2021
								Fecha de Finalización	30-sep-2021

Nombre del Contratista MAX ARMANDO ZABARAIN AVENDAÑO

Correo Electrónico maxarmandozabarainavendano@gmail.com **Telefono de Contacto** 3005695387

Objeto del Contrato Prestación de servicios profesionales para apoyar en actividades jurídicas en el marco del proyecto "Fortalecimiento de la capacidad institucional para mejorar la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia del Subsidio Familiar", en la Ciudad de Bogotá D.C.

Cuenta Bancaria

No. de Cuenta 69200010540 Tipo de Cuenta AHORROS

2. INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO

Valor Inicial del Contrato (1)	$ 22.796.504,00	Valor Pagado (5)	$ 1.256.500,00	
Valor Modificaciones (2)		Valor Causado No Pagado (6)	$ 5.385.001,00	% ejecución
		Valor Ejecutado (7=5+6)	$ 6.641.501,00	29,1%
Valor Total del Contrato (3=1+2)	**$ 22.796.504,00**	Valor Disponible por Pagar (8=3-7)	**$ 16.155.003,00**	

Pagos efectuados

Pago Número	No. Factura o Doc. Equivalente	Fecha: (dd-mes-aaaa)	Valor
1	1	01-jun-2021	$ 1.256.500,00

Pago Número	No. Factura o Doc. Equivalente	Fecha: (dd-mes-aaaa)	Valor

$ 1.256.500,00

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO A TRAMITAR

Presupuestal

No. Compromiso	Objeto del Gasto	Valor	3. Uso Presupuestal
36721	C-3699-1300-7-0-3699053-02 ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS - DOCUMENTOS DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS - FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA	5.385.001,00	A-02-02-02-008-002-01 SERVICIOS JURÍDICOS
			Seleccione...
	Total a Pagar	**$ 5.385.001,00**	

1. Buscar Rubro: INV / Seleccione...

2. Buscar SubRubro (SI CAMBIA VUELVA A LISTAR): C_7_053 / Seleccione...

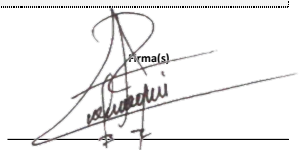
Número Factura o Doc. Equivalente	Fecha de Expedición (dd-mes-aaaa)	Régimen IVA	Nro. Pago	Valor Antes de IVA (A)	Valor IVA (B)	Valor a Pagar (A+B
2	2-jul.2021	No responsable IVA	**2**	$ 5.385.001,00	$ -	**$ 5.385.001,00**

Información Seguridad Social — N° Planilla de Pago: | Periodo de aporte (Mes | Año):

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor del contrato o servicio anteriormente descrito CERTIFICO que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el Contrato, y cumple con todos los requisitos legales necesarios para tramitar el correspondiente pago, y que revisados los documentos que soportan dicho pago, los mismos se encuentran elaborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato y las normas vigentes.

Para constancia Firmo con fecha 02-jul-2021

Firma(s)



DATOS DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR

Nombre(s) CARLOS ANDRES ESQUIAQUI RANGEL

Identificación CC o NIT 1.047.413.222

Cargo(s) SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVO Y LAS MEDIDAS ESPECI

Dependencia SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECI

En caso de situaciones especiales, se tramita según lo definido en item o) del numeral 5. CONDICIONES DE LAS ACTIVIDADES del procedimiento "Causación de obligaciones para pagos a terceros".