No 2018-430-064143-2

UNICO DESEMBOLSO CTO $ 1 (1)983
Fecha Radicado: 21/11/2018 11:56:01 - Radicador SINUXOR
Destino Desembolsos Convenios - Remitente (TER) MUNICIPIO DE PITAL
Bogotá D.C. Calle 26 No 13 -19, Tel. 53(1)3540400
CONSULTE EL ESTADO DE SU RADICADO EN
http://www.fonade.gov.co/fonade/consultaWeb

Sistema de Gestión - OrfeoGpl

	CÓDIGO:	FAP022
ABO	VERSIÓN:	006
	VIGENCIA:	2017-01-31

Referido No

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que el beneficiario MUNICIPIO DE PITAL ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos para el trámite del presente pago. Asimismo certifica que el contenido y condiciones han sido verificados previamente

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NIT [X] CC [ ] CE [ ] TI [ ] NÚMERO DOCUMENTO: 891.100.199 DV: 0

TELÉFONO: 8327102 - 3175001585 CORREO ELECTRÓNICO: obrasestrategicas@pital-huila.gov.co

No. CONVENIO: 216220 No. CONTRATO: 2° E1999

VALOR PRESENTE DESEMBOLSO $

VALOR PAGO	$ 516.592
VALOR RETENIDO $ (SI APLICA)	

CONCEPTO PAGO FIJO: Primer desembolso previa verificación por el supervisor del cumplimiento de: Cumplimiento de los hitos de la etapa de alistamiento y alistamiento de acuerdo con lo establecido en el Anexo 2 Diseño Operativo Sistema IV: Reporte de avance de resultados y encuestas aplicadas en la primera semana de operativo en campo; y presentación de informe de actividades aprobado por el supervisor

CONCEPTO PAGO VARIABLE:

FACTURA No. CUENTA DE COBRO: [X] DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUAL? No.

ANTICIPO:	$	NO	%	VALOR $	OTROS DESCUENTOS POR VALORES
RETENCIÓN FTE:	$	NO	%	VALOR $	ESPECIFIQUE:
RETENCIÓN ICA:	$	NO	%	VALOR $	ESPECIFIQUE:

2. INFORMACIÓN DEL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

CONCEPTO	FECHAS DE PAGO	No PLANILLA(S) DE PAGO	VALOR(ES) PAGADO(S)
EPS			
AFP / FPV			
ARL			

2. ACEPTAN Y AUTORIZAN EL PRESENTE PAGO

ACEPTA - BENEFICIARIO	APRUEBA - INTERVENTOR	AVALA - ORDENADOR DEL GASTO TERRITORIAL	VERIFICA Y/O AUTORIZA - SUPERVISOR FONADE
			[ ] Verifica cumplimiento obligaciones contractuales y autoriza pago [ ] Verifica cumplimiento obligaciones contractuales y niega pago
FIRMA:			
C.C. No.:	11.317.417		80.777.529
NOMBRE:	ENILSO LEMA LEAL		Daniel Castillo Rodriguez

3. PARA DILIGENCIAR POR FONADE

DOCUMENTOS ANEXOS QUE AMPARAN ESTA CERTIFICACIÓN

[ ] 1. Planilla de pago seguridad social	[ ] 7. Formato FAP018	[ ] 13. Acta de cierre	[ ] 19. Informe final
[ ] 2. Certificación de disponibilidad	[ ] 8. Formato FAP018	[ ] 14. Acta de inicio	[ ] 20. Formato de AIU
[ ] 3. Factura	[ ] 9. Acta de inicio	[ ] 15. Póliza de cumplimiento	[ ] 21. Certificado de tradición del inmueble
[ ] 4. Cuenta de cobro / Documento equivalente	[ ] 10. Plan de inversión del anticipo	[ ] 16. Acta de liquidación	[ ] 22. Otros, indique cuales en la observación
[ ] 5. RUT	[ ] 11. Informe de supervisor / Informe Presupuestal	[ ] 17. Certificación bancaria	
[ ] 6. Formato FAP001	[ ] 12. Informe de actividades	[ ] 18. Informe parcial	

PLAZO DEL CONTRATO EJECUTADO

AÑOS				Y	MESES			DÍAS			

DESEMBOLSO EN No.: VALOR BRUTO $

CONVENIO	VIGENCIA PRESUPUESTAL	CDP/VENCIMIENTO VIGENCIA	RP/CONSECUTIVO VIGENCIA	VALOR $

OBSERVACIONES:

APLICA EN ESTE COBRO LA ESTAMPILLA PRO UNIVERSIDAD ESTATAL LEY 1697/2013 SI [ ] NO [ ] VR. SOBRE CUAL APLICA EN EL COBRO $

AUTORIZA - GERENTE DEL CONVENIO (Indicar que corresponde descontar a ORDENE DE ABSA (Cuba usando el Supervisor de FONADE en el Convenio el convenio)

FERNANDO VELA FRANCO

ORDENADOR DEL GASTO

(SI APLICA PARA CONTRATOS) NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

¿RETIRA RETENCIÓN? SI [ ] NO [ ]

REVISÓ - PRESUPUESTO - PRESUPUESTO | PROCESÓ CONTABILIDAD | GIRO - PAGADURÍA

NOTA: EL PRESENTE VOUCHER NO SE ACEPTA CON TACHONES O ENMENDADURAS