SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGOS

CÓDIGO	FO-GFP-018
VERSIÓN	1
CREACIÓN	2022

GRUPO DE GESTIÓN FINANCIERA

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA

CONTRATO o CONVENIO No:	VIGENCIA	FECHA DE INICIO (dd/mes/aaaa)	FECHA DE FINALIZACIÓN (dd/mes/aaaa)	TIPO DE CONTRATO	
SSF-CPS 086 DE 2022	6 meses	1/02/2022	31/07/2022	PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	

OBJETO:
Contratar la prestación de servicios profesionales para apoyar jurídicamente a la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR

NIT / RUT No:	NOMBRE DEL CONTRATISTA o PROVEEDOR	TELÉFONO DE CONTACTO	CORRE ELECTRÓNICO DE CONTACTO
11.408.556.839	MAX ARMANDO ZABARAIN AVENDAÑO	3005695387	mzabaraina@ssf.gov.co

3. DATOS PRESUPUESTALES Y FINANCIEROS DEL CONTRATO

Valor Inicial del Contrato	30.000.000,00
Adiciones (+) Valor	
Reducciones (-) Valor	
Valor Total del Contrato	**30.000.000,00**
Valor Pagado	0,00
Valor Causado No Pagado	5.000.000,00
Valor Ejecutado	5.000.000,00
Valor Disp. por Pagar	**25.000.000,00**

% Ejecución
16,7%

PAGOS EFECTUADOS

N° DE PAGO	VALOR PAGADO	N° DE PAGO	VALOR PAGADO	N° DE PAGO	VALOR PAGADO
			TOTAL PAGADO		0,00

N° DE PAGO
1

4. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN

N° COMPROMISO PRESUPUESTAL	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	USOS PRESUPUESTALES	VALOR IMPUTABLE AL RUBRO
8522	C-3699-1300-10-0-3699060-02	A-02-02-02-008-002-01	5.000.000,00
		TOTAL A PAGAR EN ESTE TRÁMITE	**5.000.000,00**

N° FACTURA O DOCUMENTO DE COBRO PARA NO OBLIGADOS A FACTURAR	FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mes/aaaa)	VALOR	IVA	TOTAL
1	2/03/22	5.000.000,00		5.000.000,00

CONCEPTO DEL BIEN O SERVICIO A PAGAR:

5.PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PLANILLA N°	PRESENTACIÓN	PERIODO COTIZADO	FECHA DE PAGO (dd/mes/aaaa)
7828274173	ANTICIPADA	FEBRERO	2/03/22

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor/ interventor del contrato, convenio o servicio anteriormente descrito **CERTIFICO** que el contratista/proveedor ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el Contrato/convenio, y cumple con todos los requisitos legales necesarios para **AUTORIZAR** 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, los mismos se encuentran debidamente cargados en el sistema **SECOP II** (para los pagos que apliquen).

La supervisión y/o interventoría **CERTIFICA** que verificó el cumplimiento del contratista/proveedor de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales conforme a los documentos (planillas o certificaciones) allegados por el contratista/proveedor en cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002: *"(…) verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación ente el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas. (…) Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal o Representante Legal(…)"*. Nota: Esta verificación se hará cada vez que exista pago a favor del contratista/proveedor.

CERTIFICO que para los pagos que apliquen, fue debidamente verificada la Factura Electrónica, Nota Débito, Nota Crédito y se solicitó al Grupo de Gestión Financiera su aprobación a través del Operador Olimpia IT, en marco de la normatividad vigente y en especial lo establecido en la Circular Externa 016 de 2021 expedida por la Administración del Sistema SIIF Nación.

Para constancia firmo con fecha

DATOS DEL SUPERVISOR(ES) / INTERVENTOR(ES)

Nombre(s)	CARLOS ANDRÉS ESQUIAQUI RANGEL
# de Identificación	1.047.413.222
Cargo(s)	SUPERINTENDENTE DELEGADO
Dependencia(s)	RESPONSBILIDAD ADMINISTRATIVA Y MEDIDAS ESPECIALES

Nota: Si se requiere la firma de más supervisores, se podrán incluir al formato.

ESPACIO PARA FIRMA DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR

