

FONADE		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA EL PAGO		CÓDIGO:	FAP022
		GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN:	06B
				VIGENCIA:	2017-01-31

Radicado No.

1. INFORMACIÓN GENERAL

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

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ NIT ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ NÚMERO DOCUMENTO: **800.037.175** DV: **2**

TELÉFONO: **3004413484** CORREO ELECTRÓNICO: **sisben@sanjuannepomuceno-bolivar.gov.co**

No. CONVENIO: **216220** No. CONTRATO: **2181795**

VALOR PRESENTE DESEMBOLSO

VALOR FIJO \$ **22.801.168**

VALOR VARIABLE \$ (SI APLICA)

CONCEPTO PAGO FIJO:

Segundo Desembolso previa verificación por el supervisor del cumplimiento de: 1). Comunicación del alcalde o persona delegada por este informando la culminación del operativo en campo. 2) Reporte Final de Barido emitido por el DNP y remitido a FONADE. 3) Presentación de informe final de actividades por parte del Municipio, aprobado por la supervisión del Convenio, que incluya el balance general de cumplimiento de obligaciones por parte del Municipio, junto con el formato de aplicación de recursos por fuente, de acuerdo con la Cláusula Séptima. 4.) Soporte de devolución de los DMC y sus respectivos accesorios de acuerdo con el Protocolo de Devolución de DMC a FONADE.

CONCEPTO PAGO VARIABLE:

FACTURA No.

CUENTA DE COBRO ☐

DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL? No.

ANTICIPO: ☐ SI ☒ NO ☐ VALOR \$ OTROS DESCUENTOS POR VALOR \$

RETEGARANTIA: ☐ SI ☒ NO ☐ VALOR \$ ESPECIFIQUE:

AMORTIZA: ☐ SI ☒ NO ☐ VALOR \$ ESPECIFIQUE:

INFORMACIÓN DEL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

CONCEPTO	FECHA(S) DE PAGO	No. PLANILLA(S) DE PAGO	VALOR(ES) PAGADO(S)
EPS			
AFP Y FSP			

2. ACEPTAN Y AUTORIZAN EL PRESENTE PAGO

ACEPTA - BENEFICIARIO

APRUEBA - INTERVENTOR

AVALA - DESIGNADO ENTE TERRITORIAL

VERIFICA Y/O AUTORIZA - SUPERVISOR FONADE

☐ Verifica cumplimiento obligaciones contractuales del Interventor

☐ Verifica cumplimiento obligaciones contractuales y actúas el pago

FIRMA:

NIT / C.C.: **7.931.011**

NOMBRE: **BENITO JOSE ACOSTA VERGARA**

79.591.779

JAVIER E. SANTAMARIA FLOREZ

3. PARA DILIGENCIAR POR FONADE

DOCUMENTOS ANEXOS QUE AMPARAN ÉSTA CERTIFICACIÓN

☐ 1. Planillas de pago seguridad social	☐ 7. Formato FAP028	☐ 13. Acta de constatación	☐ 19. Informe final
☐ 2. Certificación de parafiscas	☐ 8. Formato FAP259	☐ 14. Acta de obra	☐ 20. Formulario AFC
☐ 3. Factura	☐ 9. Acta de inicio	☐ 15. Acta y/o recibo a satisfacción	☐ 21. Certificación de Impuestos Municipales
☐ 4. Cuenta de cobro/ Documento equivalente	☐ 10. Plan de inversión del anticipo	☐ 16. Acta de liquidación	☐ 22. Otros, indique cuáles en la siguiente fila
☐ 5. RUT	☐ 11. Acta de recibo parcial y Balance Presupuestal	☐ 17. Certificación bancaria	
☐ 6. Formato FAP027	☐ 12. Memoria de cantidades de obra	☐ 18. Informe de avance	

PLAZO DEL CONTRATO (FECHAS)

INICIO FIN DESEMBOLSO N° VALOR BRUTO \$

CONVENIO	REGISTRO PRESUPUESTAL	ORDEN DE PAGO	CONSECUTIVO SISTEMA	VALOR \$

OBSERVACIONES:

APLICA EN ESTE COBRO LA ESTAMPILLA PROUNIVERSIDAD ESTATAL LEY 1697/2013 ☐ SI ☐ NO ☐ VR. SOBRE CUAL APLICA EN EL COBRO \$

AUTORIZA - GERENTE DEL CONVENIO (aplica para contratación derivada) o GERENTE DE ÁREA (aplica cuando el Supervisor de FONADE es el Gerente del convenio)

ORDENADOR DEL GASTO

WILSON FERNANDO VELA FRANCO

(NO APLICA PARA CONTRATOS)

NÚMEROS Y APELLIDOS COMPLETOS

¿RETRA INFORME? ☐ SI ☐ NO ☐

REVISÓ Y PROGRAMÓ - PRESUPUESTO

PROCESÓ - CONTABILIDAD

GIRO - PAGADURÍA