CNSC COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL Igualdad, Mérito y Oportunidad	Formato	FORMATO RECIBIDO A SATISFACCIÓN	
Código: F-GC-004	**Versión:** 6.0	**Fecha:** 30/11/2021	**Página 1 de 2**

Nombre del contratista:TALLERES CARSONI SAS **Documento de identidad o NIT: 901.006.249-2** **Correo electrónico:** tallerescarsoni@gmail.com; miled8@hotmail.com **Número de teléfono:** (057-601) 3114381	**FECHA** 12 / 12 / 2023 **Contrato No. 358 de 2023**

Objeto: ***"****Prestar el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo incluidas autopartes, llantas, restauración de pintura, revisión tecnomecánica y mano de obra para los vehículos, de propiedad de la Comisión que lo requieran".*

Nombre del supervisor: ESNEDA REYES MARTINEZ **Dependencia:** Dirección de Apoyo Corporativo.	**Nombre del Supervisor o Apoyo a la supervisión:** (Si aplica) **Dependencia:** Dirección de Apoyo Corporativo.

Periodo a certificar: del (1/11/2023) al (30/11/2023)

Tipo de Informe:				**Pago 6 de 8**
Avance	**X**	**Final**		

En calidad de supervisor del contrato anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con las obligaciones. Igualmente certifico que el contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social y con los aportes a salud, pensión y ARL.

Por lo anterior, autorizo el pago de las facturas SMAH-306 por un valor de **CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS MONEDA CORRIENTE ($488.614),** SMAH 307 por un valor de **DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS DIECISEIS PESOS MONEDA CORRIENTE ($2.665.916**), SMAH 308 por un valor de **CUATRO MILLONES TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE ($4.039.198)** para un total a pagar de **SIETE MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS MONEDA CORRIENTE ($7.193.728)**, en la cuenta reportada por el contratista.

Observaciones: Este contrato tendrá vigencia futura por adición, y se prorrogará por un mes.

Verificación apoyo a la supervisión: **(Si aplica, se coloca nombre y firma de la persona que revisa previamente)**

Firma (s) del (los) Supervisor (es): Esneda Reyes M	**Recibido por:**