FORMATO AUTORIZACIÓN DE PAGO	Versión: 002 Fecha: 29/02/2024 Página 1 de 1 Comunicaciones 001

No. CONTRATO/CONVENIO:	091				
OBJETO:	BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD PARA LA COORDINACION EN LA GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE URABÁ - ANTIOQUIA				
CONTRATISTA:	FUNDACION DARLEY PEREZ				
SUPERVISOR:	EILEN PAOLA ALMARIO PACHECO				
PERIODO A CANCELAR	18 DE MARZO AL 17 DE ABRIL DE 2024				
CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES SEGURIDAD SOCIAL (Prestación de servicios – Consultoría e Interventoría)	Pago de Salud **E.P.S.**		**No.**	4544075512 4547153840	
	Pago de Pensión **EMPRESA**		**No.**	4544075512 4547153840	
	Pago de ARL **EMPRESA**		**No.**	4544075512 4547153840	
CDP	00215	**CRP**	00425		

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

CONCEPTO	**DEBE**	**HABER**
VALOR (INICIAL) DEL CONTRATO	$ 8.100.000.00	
VALOR ADICIONES (Si aplica)		
VALOR PRIMER PAGO (FINAL) (PARCIAL)		$ 2.700.000,00
SALDO POR PAGAR		$ 5.400.000,00
SUMAS IGUALES	$8.100.000,00	$6.000.000,00

Se certifica que el (la) contratista Fundación Darley Pérez, identificado (a) con (NIT.) 901560265-5 (cédula de ciudadanía) No. ha cumplido satisfactoriamente con las obligaciones establecidas en el contrato No. 049, por lo tanto, se **AUTORIZA** el primer pago **PARCIAL** del periodo citado anteriormente, favor consignar a la cuenta bancaria No. 68100003129 del Banco Bancolombia.

Eilen Almario

FIRMA SUPERVISOR
San Pedro de Urabá 22 de abril de 2024

www.sanpedrodeuraba-antioquia.gov.co