INCIVA Patrimonio Vital	FORMATO HOJA DE RUTA PAGO CONTRATISTA	FO-PAR-30	Versión: 02	
			08 de junio 2023	Página 1 de 1

NOMBRES Y APELLIDOS CONTRATISTA: ACCES TRANSPORTE VERTICAL S. A. S.					
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C.	**OTRO: NIT**	**NÚMERO: 901.556.019-4**			
COBRO		**INICIAL: X**	**MENSUAL:**	**FINAL:**	**MES:JUN-24 3A CUOT**
MUNICIPIO/ CENTRO OPERATIVO		**CALI/INCIVA**			
CONTRATO		**NÚMERO Y FECHA: 040.10.05.24.335 de 12/04/2024**			
CDP		**NÚMERO Y FECHA: 8100004759 DE 19-03-2024**			
REGISTRO PRESUPUESTAL		**NÚMERO Y FECHA: 4900001942 DE 17-04-2024**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O GESTOR DE INFORMACION JESUS ALVARO ASTAIZA LOPEZ		**FIRMA:**		**FECHA DE ENTREGA 1: 3-07-2024**	**FECHA DE ENTREGA 2: dd/mm/aa**

Ruta 1: Documentos oficina de Contabilidad	**Marcar X**	**Ruta 1: Documentos oficina de Contabilidad**	**Marcar X**
Documento Equivalente	**FEJ268**	Formato de Planillas de Seguridad Social pagada y recibo del comprobante de pago	
Pantallazo aceptación contrato Secop II (solo aplica en la cuota1)		Documento de Causación	
Acta de Inicio (solo aplica en la cuota1)		Acta de Liquidación (solo aplica en la cuota final)	
Acta de entrega informe de supervision-interventoria		Formato Criterios Evaluación Contratista (solo aplica en la cuota final)	
Certificacion bancaria (solo aplica en la cuota1)		Número de comprobante de pago	

NOMBRE DE QUIEN RECIBE EN CONTABILIDAD	**FIRMA:**	**FECHA: dd/mm/aa**

MOTIVO DE DEVOLUCION:	**SI**	**FECHA: dd/mm/aa**	**RECIBE: NOMBRE Y FIRMA**

Ruta 2: Verificacion de documentos en Tesorería

RECIBIDO TESORERIA

NOMBRE DE QUIEN RECIBE EN TESORERIA	**FIRMA:**	**FECHA: dd/mm/aa**

Ruta 3 : Documentos oficina Jurídica	**Marcar X**	**Ruta 3: Documentos oficina Jurídica**	**Marcar X**
Documento Equivalente		Formato de Planillas de Seguridad Social pagada y recibo del comprobante de pago	
Pantallazo aceptación contrato Secop II.(solo cuota1)		Documento de Causación	
Acta de Inicio (solo aplica en la cuota1)		Acta de Liquidación (solo aplica en la cuota final)	
Acta de entrega informe de supervision-interventoria		Formato Criterios Evaluación Contratista (solo aplica en la cuota final)	
		Número de comprobante de pago	

NOMBRE DE QUIEN RECIBE EN JURÍDICA	**FIRMA:**	**FECHA: dd/mm/aa**