AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

FORMATO

CERTIFICACIÓN CUMPLIDO PARA PAGO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Clave: APOY-2.0-12-023	**Versión:** 6	**Fecha de aprobación:** 23/Feb/2024

Fecha de Diligenciamiento: DD **05** / MM **Noviembre** / AAAA **2024**

Información Beneficiario de Pago

Nombre Beneficiario de Pago: **RUBEN DARIO LOPEZ GIRALDO**

NIT/CC No.: **70.826.387**

Información Contractual

Contrato No.: 24000937 H3

Objeto del Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LA GESTIÓN EN MATERIA DE INFRAESTRUCTURA PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS AEROPORTUARIOS DE LA REGIÓN NOROCCIDENTE

Fecha de Suscripción: 28 / jun / 2024 (DD / MM / AAAA)

Fecha de Terminación: 31 / dic / 2024 (DD / MM / AAAA)

Información Póliza

No. Póliza de Cumplimiento: 6544101231278

Entidad Aseguradora: Seguros del Estado S.A.

Fecha de Expedición: 02 / jul / 2024 (DD / MM / AAAA)

Fecha aprobación póliza SECOP: 02 / jul / 2024 (DD / MM / AAAA)

Fecha Inicio Cobertura ARL: 30 / jun / 2024 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio ejecución de contrato: 02 / jul / 2024 (DD / MM / AAAA)

Información Presupuestal y Ejecución del Contrato

	No. Compromiso Presupuestal / RP	Fecha Compromiso Presupuestal / RP	Valor	Valor Ejecutado	Saldo por Ejecutar
Información Inicial	25264	28 / jun / 2024	$ 79.100.000,00	$ 33.900.000,00	$ 45.200.000,00
Adición 1			$ -	$ -	$ -
Adición 2			$ -	$ -	$ -
Adición 3			$ -	$ -	$ -
		Total:	$ 79.100.000,00	$ 33.900.000,00	$ 45.200.000,00

Información para Pago

No. Pago: **04**

Periodo de Pago: Desde **01 / oct / 2024** (DD / MM / AAAA) Hasta **31 / oct / 2024** (DD / MM / AAAA)

¿Es facturador electrónico? NO

Relacione las facturas

Tipo de Documento	*No. Factura*

Código Rubro Presupuestal a Afectar	**Valor a cobrar (Antes de IVA)**	**Valor IVA (si aplica)**	**Total**
25264	$ 11.300.000,00		$ 11.300.000,00
	$ -	$ -	$ -
	$ -	$ -	$ -
	$ -	$ -	$ -
	$ -	$ -	$ -
	$ -	$ -	$ -
	$ -	$ -	$ -
	$ -	$ -	$ -
Total a Pagar:	$ 11.300.000,00	$ -	**$ 11.300.000,00**

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	FORMATO		
	CERTIFICACIÓN CUMPLIDO PARA PAGO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	Clave: APOY-2.0-12-023	**Versión:** 6	**Fecha de aprobación:** 23/Feb/2024

APORTE (MÍNIMO) AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Mes Planilla SSS Aportada	Octubre	IBC	**$ 4.520.000,00**
		Salud Obligatoria (12,5%)	$ 565.000,00
Planilla No.	7943170041	Pensión Obligatoria (16%)	$ 723.200,00
		ARL Riesgo II	$ 47.200,00
¿Es Pensionado?	NO	Fondo de Solidaridad	
		TOTAL APORTES	**$ 1.335.400,00**

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

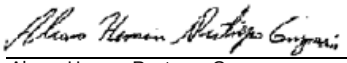
Tipo Cuenta Bancaria: Ahorros — Cuenta Bancaria No.: 0731316360

Nombre Entidad Bancaria: BBVA

***IMPORTANTE: Si cambió su cuenta bancaria, debe, previamente informar al Grupo Contabilidad - Dirección Financiera, para realizar el proceso de actualización de esta información.**

Autorización de Pago por Parte del(los) Supervisor(es)

En mi calidad de Supervisor del contrato enunciado, certifico que he verificado el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones que emanan del contrato, a través de la elaboración de los informes de supervisión, la acreditación del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral, las cifras y valores correspondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita.

Firma:		Firma:	
Nombre:	Alvaro Hernan Restrepo Gomez	Nombre:	
Cargo:	Profesional Aeronautico	Cargo:	
Dependencia:		Dependencia:	

OBSERVACIONES