AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

FORMATO

CERTIFICACIÓN CUMPLIDO PARA PAGOS DIFERENTES A PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN

Clave: APOY-2.0-12-038	**Versión:** 1	**Fecha de aprobación:** 27/Feb/2024

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

Información Beneficiario de Pago

Nombre beneficiario de pago: **MAP INGENIEROS Y/O MARIA FERNANDA CORTES E U**
NIT/CC No.: **830.135.234-8**

Información Contractual

Contrato No.: 24001165 H1

Objeto del contrato: ADQUIRIR ELEMENTOS DE CONFORT ERGONOMICO EN EL PUESTO DE TRABAJO PARA LOS SERVIDORES PUBLICOS DE AERONAUTICA CIVIL

Fecha de suscripción: 16 / sep / 2024 (DD / MM / AAAA)
Fecha de terminación: 31 / dic / 2024 (DD / MM / AAAA)

Estado financiero del contrato

Valor Inicial	Adiciones	Valor Ejecutado	Saldo por Ejecutar
$ 6.751.108,00	$ -	$ -	$ 6.751.108,00

Información para pago

Concepto de Pago:

- ☐ ASEO
- ☑ COMPRAS CON INGRESO A ALMACÉN
- ☐ COMPRAS SIN INGRESO A ALMACÉN
- ☐ INTERVENTORÍA
- ☐ MANTENIMIENTO
- ☐ OBRA
- ☐ RESOLUCIÓN
- ☐ SERVICIOS PÚBLICOS
- ☐ TRANSPORTE DE CARGA
- ☐ TRANSPORTES PASAJEROS
- ☐ VIGILANCIA
- ☐ OTRO:

RELACIÓN FACTURAS, NOTAS CRÉDITO Y/O DÉBITO:

Tipo de documento	*No. Factura*	*Fecha factura*
Factura Electrónica	E280	22-nov-24

ANTICIPO - AMORTIZACIÓN

El presente pago ¿es un anticipo? No

Valor inicial del anticipo	
Valor total amortizado a la fecha	
Amortización presente pago	
Saldo pendiente de amortizar	$ -

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

¿El pago se realiza a fiducia? No — NIT Fiducia:
¿Se requiere endosar el pago? No — NIT beneficiario de endoso:
Tipo cuenta bancaria: Ahorros — Cuenta bancaria No.: 10817072050
Nombre entidad bancaria: BANCOLOMBIA

Información Presupuestal y Ejecución del Contrato

Vigencia presupuestal: Vigencia Actual

No. Compromiso presupuestal / RP 1	38324
Código rubro presupuestal a afectar	**Valor Total (Incluido IVA)**
C-2499-0600-8-51102D-2499060-02	$ 6.751.108,00
Total a pagar:	**$ 6.751.108,00**

No. Compromiso presupuestal / RP 2	
Código rubro presupuestal a afectar	**Valor total (incluido IVA)**
Total a pagar:	**$ -**

Autorización de pago por parte del (los) supervisor(es) o Interventor (es)

En mi calidad de supervisor o interventor 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 o interventoría, la acreditación del pago de las 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:	Claudia Montes.	Firma:	
Nombre:	Claudia Montes Rivera	Nombre:	
Cargo:	Aux I	Cargo:	
Dependencia:	Grupo Adminsitrativo y Financiero	Dependencia:	

OBSERVACIONES