

	PROCESO DE JURÍDICA	Código: FPA0501009
		Versión : 01
	FORMATO ACTA DE TERMINACIÓN	Página: 1 de 1

EL SUPERVISOR (A) DEL CONTRATO NÚMERO 125-2024

CERTIFICA QUE:

Que el señor (a), doctor (a), y/o empresa **ASOCIACIÓN ASIS**. Identificado (a) con documento de identidad y/o NIT número **900.848.387-1**, cumplió a satisfacción durante el período pactado con las obligaciones establecidas en el contrato número **125-2024** suscrito con el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro.

Se expide en la ciudad Santiago de Arma de Rionegro, a los 31 de DIC de 2024, para efectos de tramitar la liquidación del correspondiente contrato.

OBSERVACIONES:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.



SUPERVISOR



CONTRATISTA

El anterior certificado es válido como autorización de pago de la obra, bien y/o servicio contratado por parte del contratante.