| QUIEN RADICA : | sello del recibido: |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | |
| LAURA MARCELA CAICEDO BELTRAN | |
| Número de Teléfono o Celular: 3503003085 | **AUTORIZACIÓN DEL SUPERVISOR** |
| correo electrónico: marcelabeltran1206@hotmail.com | **FIRMA DEL SUPERVISOR:** |
| **FIRMA CONTRATISTA:** | |

| MUNICIPIO DE ARAUCA | **PROCESO:** GESTION DE LAS FINANZAS PUBLICAS | CODIGO FRT-GFF-002 |
|---|---|---|
| | **LISTA DE CHEQUEO PAGOS A CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN** | Fecha de emisión: 29 / 7 / 2024 — Versión 2 |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

| NOMBRE CONTRATISTA | No. IDENTIFICACIÓN | No. CONTRATO | AÑO |
|---|---|---|---|
| LAURA MARCELA CAICEDO BELTRAN | 1.007.957.519 | 000 - 258 | 2025 |

| | | |
|---|---|---|
| **VALOR EJECUTADO A COBRAR** | 3.800.000 | TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA PARA EL EMPODERAMIENTO DE LA MEMORIA ANCESTRAL DE LOS PUEBLOS INDIGENAS DEL MUNICIPIO DE ARAUCA | |
| **TIPO DE CONTRATO** | Prestación de servicios | |
| **PERIODO DE EJECUCION (Mes/Año)** | 5 DE MAYO AL 17 DE JUNIO 2025 | |

**DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA PARA EFECTUAR EL PAGO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL BANCO** | BANCOLOMBIA | **TIPO DE CUENTA** | **Ahorros** | X |
| **NUMERO DE CUENTA** | 31724656156 | | **Corriente** | |
| **TITULAR DE LA CUENTA** | LAURA MARCELA CAICEDO BELTRAN | | | |

**(USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA DE HACIENDA Y FINANZAS PÚBLICAS)**

| VERIFICACIÓN DE LOS REQUIITOS DE LA CUENTA POR PAGAR | Aplica | No Aplica |
|---|---|---|
| Código de radicación mediante el aplicativo en la Ventanilla ünica de Correspondencia | X | |
| Aprobación y confirmación del supervisor del plan de pagos en el SECOP II | X | |
| Informe del supervisor (FRT-GJC-031) en la versión vigente | X | |
| Soporte de pago de la Seguridad Social y/o parafiscales | X | |
| Informe de actividades del Contratista | X | |
| Soporte de pago de estampillas (primer pago) | X | |
| Factura (Para los obligados a facturar) | X | |
| Certificación bancaria (primer pago) | X | |
| Acta de liquidación o terminación (última cuenta) | | X |
| RUT (para verificar: dirección, telefonc, correo electrónico, actividad CIIU, responsabilidades) Primer pago | X | |

**DILIGENCIAR ESTA SECCIÓN EN CASO DE DEVOLUCIÓN (numeral 7 PRO-TES-011)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Faltan documentos | | Incumplimiento en el pago de la seguridad social | |
| Corrección de documentos | | Ausencia de aprobación del Supervisor en el plan de pagos SECOP II | |
| Incumplimiento pago de estampillas | | Ausencia de la Confirmación del Supervisor en el Plan de Pagos SECOP II | |

**FECHA:** **FECHA:**

**FIRMA DE QUIEN ENTREGA** **FIRMA DE QUIEN RECIBE**

**DILIGENCIAR CUANDO SE RADIQUE NUEVAMENTE LA CUENTA EN LA SECRETARÍA DE HACIENDA**

**FECHA:** **FECHA:**

**FIRMA DE QUIEN ENTREGA** **FIRMA DE QUIEN RECIBE**