	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación 05/04/2017	Código FO-AP-GJ-41
	CERTIFICACION PARA PAGO FINAL DE CONTRATOS Y CONVENIOS	**Versión 1**	**Página** 1 de 1

Para la realización del último pago de los Contratos y Convenios previo a la radicación de la factura o documento equivalente en la Área de Contabilidad, debe adjuntar el presente certificado donde conste que los siguientes documentos se encuentren radicados en la Oficina de Jurídica.

CONTRATO Y/O CONVENIO N°: **CO1.PCCNTR.7004211 de 2024**

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O CONVENIDO: **SANDRA MILENA LICONA FONTALVO**

NOMBRE DEL SUPERVISOR: **MIKEL WATSON CANTILLO.**

DEPENDENCIA: **SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**

REQUISITOS PARA PAGO FINAL

	Certificación de recibido a satisfacción debidamente diligenciada y firmada por el Supervisor del Contrato y/o Convenio en donde se deje constancia que en la Carpeta del Contrato y/o Convenio Reposan:	**SI**	**NO**	**N.A.**
1	Egresos Firmados por los Proveedores			X
	Facturas o Documentos Equivalentes de los Proveedores			X
	Registros Fotográficos			X
	Registros de Video			X
	Evidencias: Camisetas, Piezas Publicitarias, etc			X
	Número de informes que deben reposar en el Convenio o Contrato incluido el informe final	7		
	~~1 2 3 4 5 6 7~~ 8 9 ~~INFORME FINAL~~			
2	**FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE** (En el caso de factura de venta debe cumplir con los requisitos establecidos en el Art. 617 del Estatuto Tributario)	**SI**	**NO**	**N.A.**
				X
3	**INFORME FINAL** Debe Reposar en la Carpeta del Contrato y/o Convenio el Informe Final Escrito con todos los Soportes Financieros y Evidencias.	**SI**	**NO**	**N.A.**
		X		

El Secretario manifiesta que todos los documentos aportados son en original y corresponden a los que deben reposar en la carpeta.

Firma Supervisor	**Firma quien recibe los documentos en Jurídica**
Nombre: **MIKEL WATSON CANTILLO**	Nombre
Cargo: **SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**	Cargo:

TENGA EN CUENTA:

a) Todos los documentos que se aporten deben tener óptima calidad de impresión y legibilidad.

b) Para el pago final debe presentar este formato firmado por la Oficina de Jurídica.

Nota: La Secretaria de Hacienda **NO PODRA** autorizar pagos finales sin el presente documento debidamente firmado por los que en el actúan.

Fecha de inicio, suspension reinicio	30/04/24
Fecha final	29/11/24

Certificados	Numero	Secretaria Ejecutora	Fecha	Valor
Disponibilidad Presupuestal	2167		16/04/2024	$36.863.554
Registro Presupuestal	1934		30/04/2024	$36.863.554
Documentos Soportes				
Observaciones				

Balance Financiero					
Valor total contratado	$36.863.554				
Pagos efectuados al contrato según egreso No - Dia/Mes/Año	$	$	$	$	7
Valor total ejecutado	$	$	$	$	$36.863.554
Valor total pagado	$	$	$	$	$36.863.554
Aporte del departamento	$	$	$	$	100%
Aporte contrapartida	NA	NA	NA	NA	N/A
Saldo a favor	$	$	$	$	$0
Saldo a liberar	$	$	$	$	$0
Total ejecutado	$	$	$	$	$36.863.554
Saldo a liberar					0
Recursos No ejecutados consignados al tesoro (Si aplica)					0
Rendimientos financieros consignados al tesoro (si aplica)					0

Nota: Como supervisor de este convenio, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato.

Así mismo se deja constancia que el contrato cumplió a cabalidad el objeto, que los soportes de las actividades desarrolladas se entregaron por parte del contratante en medio impreso o digital y que estas cumplieron con las calidades y cantidades exigidas en el contrato, los cuales fueron remitidos al expediente contractual.

Por lo anterior se firma a los 11 días del mes de diciembre de 2024

Nombre del Supervisor: MIKEL WATSON CANTILLO

Cargo del Supervisor: SECRETARIA DE SALUD

Firma del Supervisor _____

Con fundamento en el certificado presentado para la evaluación de la supervisión, el suscrito supervisor certifica el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el (Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Si, etc.) de acuerdo con la información relacionada a continuación:

1. Identificación del Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Sí.	
Contratante	GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
Representante Legal	NICOLAS GALLARDO VASQUEZ
Identificación	892400038-2
Fecha inicio	30 DE ABRIL DE 2024
Número del contrato	CO1.PCCNTR- 46262924 DE 2024
Supervisor	MIKEL WATSON CANTILLO
Tipo de contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
Objeto del Contrato o Convenio	
Prestar sus servicios como bacterióloga para la ejecución de las actividades propias de la unidad de entomología, bajo los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud y el laboratorio de referencia departamental, así como el fortalecimiento de las intervenciones focalizadas y priorizadas en la comunidad para las enfermedades transmitidas por vectores y las zoonosis.	
2. Cumplimiento e impacto del objeto contrato. 2.1 Informe de desarrollo del objeto contractual con periodicidad que permitan definir el avance de ejecución 2.2. Informe Final	
3. Plazo inicial de ejecución: día/mes/año 30/04/2024	
4. Prorrogas: SI ☐ NO X☐	
5. Adiciones: SI ☐ NO X☐	
6. En caso positivo, por favor señalar los otros sí suscritos con las prórrogas y/o adiciones, Ejemplo: **Otro Sí: Se prorroga el contrato hasta el día/mes/año** **Se adiciono la suma de $**	
7. Fecha de terminación día/mes/año 29/11/2024	
8. Valor inicial $36.863.554	
9. Valor final $36.863.554	
10. El contrato tuvo otras modificaciones SI ☐ NO X ☐	
11. En caso positivo, señalar los documentos de modificación	
12. Informe sobre el desarrollo y cumplimiento de las actividades contratadas **Nota:** Este informe de ser necesario puede realizarse en documento adjunto, con los soportes de ejecuccion que se consideren pertinentes.	
Naturaleza de la Entidad contratista	**Natural X ☐ Juridica ☐**
Pólizas	**NO APLICA**
Publicación	**SI**