CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

Convenio No. 549 **Modalidad del contrato:** CONVENIO DE ASOCIACIÓN

F.Perfeccionamiento 23/07/2024

Contratista FUNDACIÓN AMIGOS DEL TEATRO MAYOR

NIT: 890.912.395-7

Estado de Ejecución del Contrato:

Ha habido modificaciones al contrato? N **En que consisten**

Período de ejecución s/n contrato que se certifica: **del** 23/07/2024 **al** 30/12/2024

Período de ejecución s/n real que se certifica: **del** 15/08/2024 **al** 07/10/2024

Cuota a pagar: 2 **de** 3

valor contrato	Saldo anterior	Menos este pago	Nuevo saldo
4.300.000.000	2.150.000.000	1.290.000.000	860.000.000

Valor a pagar: **MIL DOSCIENTOS NOVENTA MILLONES DE PESOS M/CTE**

Valor del anticipo por: 0.00

Observaciones: Por favor realizar el giro a la cuenta de la FIDUCIA en virtud del convenio 549 de 2024, Alianza Fiduciaria tiene dispuesta cuenta de Ahorros Bancolombia No. 04000001779.

Como supervisor del contrato me permito certificar: Primer pago parcial

El supervisor y/o interventor en cumplimiento de las obligaciones establecidas en la ley 1474 de 2011 certifica el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista para lo cual verifico lo siguiente:

REQUISITO	CUMPLE
Esta certificación se remite al grupo de gestión documental para que repose en el expediente contractual.	SI
Factura debidamente diligenciada de acuerdo a los requisitos establecidos en el estatuto tributario con firma, nombre y cédula del supervisor. Revisados y Aprobados	SI
Informe de supervisión del convenio No. 549 de 2024	SI
Se recibieron los informes establecidos en el convenio No. 549 de 2024, los cuales una vezrevisados se incluyen en el expediente contractual.	SI
Se verificó el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social en salud, pensiones y ARL, así como de parafiscales (cuando haya lugar a su acreditación) mediante la revisión de la certificación expedida por el revisor fiscal o el representante legal si es persona jurídica o constancia de pago de la persona natural en la que se señala el periodo y monto cancelado.	SI

DISCRIMINACIÓN DEL PAGO POR RP:

No. RP	No. CDP	RUBRO	Fuente	VALOR
1377	1363	O2301173301202401020907 4 Fortalecimiento de alianzas estratégicas - Servicio de apoyo para la organización y la participación del sector artístico, cultural y la ciudadanía	1-100-F001	$ 1.290.000.000

Total: $ 1.290.000.000

Se adjuntan los siguientes documentos requeridos en el proceso:

Tipo	Descripción
OTROS FISCAL	SE VERIFICÓ EL CERTIFICADO DE APORTES PARAFISCALES EXPEDIDO POR LA REVISORA
FACTURA	FETM1589

Fecha Expedición: 08/10/2024 **No. Radicado Orfeo:** 20247100190412

Nathalia Rippe S

NATHALIA RIPPE SIERRA
ASESORA DE DESPACHO SDCRD
Supervisora del convenio
23/07/2024 al 24/09/2024

HUGO JAIRO ROBLES
ASESOR DE DESPACHO SDCRD
Supervisor del convenio
desde el 25/09/2024

Proyecto: LUZ MARYCELA MENDOZA GONZALEZ

NOTA: El supervisor deja constancia que en el expediente virtual reposa toda la producción documental generada durante la ejecución del convenio con lacual se demuestra el cumplimiento del mismo.