CNSC COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL Igualdad, Mérito y Oportunidad	Formato	FORMATO RECIBIDO A SATISFACCIÓN	
Código: F-GC-004	**Versión: 7.0**	**Fecha: 01/03/2024**	**Página 1 de 1**

Nombre del Contratista: **C.I. QUALITY TRADE LTDA** Documento de Identidad o NIT: 830.090.264-3 Correo Electrónico: ventas@qualitytrade.com.co Número de Teléfono: (057-1) 2959731	**FECHA** 3 | 09 | 2024 **Contrato No.339 de 2024**
Objeto: **"***Suministrar bebidas por canal libre, a través de máquinas dispensadoras automáticas, incluido el abastecimiento de insumos necesarios y dispensadores de agua*."	
Nombre del Supervisor: Esneda Reyes Martínez: Dependencia: Dirección de Apoyo Corporativo	Nombre del Supervisor o Apoyo a la supervisión: (Si aplica) Dependencia:
Periodo a certificar: del (1/08/2024) al (31/08/2024)	

Tipo de Informe:				
Avance	X	Final		**Pago 5 de 9**

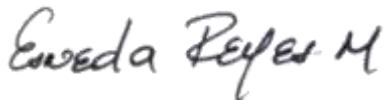
En calidad de supervisor del contrato anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con las obligaciones. Igualmente certifico que el contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social y con los aportes a salud, pensión y ARL.

Por lo anterior, autorizo el pago de la factura No.**QT 21874** por valor de **CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS CON ONCE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($4.190.641,11)** en la cuenta reportada por el contratista.

Observaciones:

Verificación apoyo a la supervisión: (Si aplica, se coloca nombre y firma de la persona que revisa previamente)

Firma (s) del (los) Supervisor (es) y Apoyo a la supervisión (cuando aplique):



ESNEDA REYES MARTINEZ