

Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN

CERTIFICADO DE SUPERVISION O INTERVENTORIA PARA PAGO

CÓDIGO : GF-F-02

FECHA : 2021-05-04

VERSIÓN : V-7

I. INFORMACIÓN DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA

SUPERVISOR(A) (ES):

ANGELICA ROCIO ANGEL CHATES

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Contrato No.

1043

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA

MAYRA JULIETH VILLEGAS MOSQUERA

C.C. - C.E - NIT - RUT- ID No.

1.117.493.778

FECHA INICIO

03-mar-2025

FECHA TERMINACIÓN

31-dic-2025

No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA

231625

Objeto del Contrato:

Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios profesionales a la Agencia para la Reincorporación y la Normalización ARN - Dirección Programática de Reintegración - Subdirección Territorial para apoyar y acompañar la implementación, desarrollo, seguimiento y orientación de acciones sociales y de salud que beneficien a la población sujeto de atención y su grupo familiar, incorporando los enfoques diferenciales de Discapacidad y Persona Mayor, en el marco de los procesos de atención de la Entidad.

CONTRATO

INICIAL

VALOR \$

\$ 55.505.977

PAGOS ACUMULADOS (2)

\$ -

VR. ACTUAL (1)

\$ 55.505.977

VR. A PAGAR (3)

\$ 5.215.327

SALDO CONTRATO (=1-2-3)

\$ 50.290.650

EL CONTRATISTA PRESENTA SOPORTES EN LA QUE CONSTA EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y ARL, POR VALOR CORRESPONDIENTE AL PAGO CERTIFICADO, ASI:

Otro: El contratistas presenta certificados de afiliacion de EPS y FP

Régimen IVA:

No Responsable de IVA

CERTIFICO BAJO MI ENTERA RESPONSABILIDAD QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO Y OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO, EN LOS TÉRMINOS Y TIEMPO PACTADOS, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES ESPECIALMENTE LA LEY 1474 DE 2011,

POR LO TANTO AUTORIZO EL PAGO POR VALOR DE:

\$ 5.215.327

CORRESPONDIENTE AL PERÍODO:

DEL 03 AL 31 DE MARZO 2025

Usos Presupuestales:

RP	RUBRO	VALOR PAGO	USO PRESUPUESTAL	DISTRIBUCIÓN
231625	A-03-03-01-001	5.215.327	A-02-02-02-008-003-09	5.215.327,00
		5.215.327		5.215.327,00

OBSERVACIONES y ANEXOS: (Relacione No(s). FACTURA(S) en caso que aplique; escriba comentarios que considere relevantes para el pago; informe o relacione los anexos o documentos adicionales; tenga en cuenta que puede afectar varios rubros presupuestales y/o dependencias de gasto; solicite ayuda para diligenciar de ser el caso).

El pago de la PILA No.XXXX, correspondiente al periodo de cotización XXXX, se realizó el día XXXX. El valor de los aportes al SGSS fueron liquidados correctamente y validados en la plataforma establecida por el Ministerio de salud.

ANGELICA ROCIO ANGEL CHATES

FIRMA SUPERVISOR(A)(ES) Y/O INTERVENTOR(A)(ES)

El registro de datos personales, autoriza a la entidad para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos conforme a las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012 y las normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Conozca la Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales a través de <http://www.reincorporacion.gov.co/>

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado. La versión vigente se encuentra en el software SIGER."

Pág. 1/1