



ITEM	PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO	VALOR APORTADO (Sobre el 40% del ingreso mensual) no debe ser inferior a un SMLV	NÚMERO DE LA PLANILLA	ENTIDAD
PENSIÓN	MARZO	\$ 384,000	1080664034	COLPENSIONES
FONDO DE SOLIDARIDAD (1% MAS DE 4 SMLV)				
SALUD	MARZO	\$ 300,000	1080664034	COMPENSAR
RIESGOS PROFESIONALES	MARZO	\$ 12,600	1080664034	POSITIVA

**8. VERIFICACIÓN DE PRODUCTOS DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

Como apoyo a la supervisión me permito certificar que el presente informe cumple con las actividades y productos contractuales que se encuentran descritos en el Numeral 4 y los soportes para el periodo establecido en el Numeral 1.2 se deben subir a la plataforma SECOP II, y de ser necesario almacenarlos en medio magnético conforme a las directrices establecidas por la entidad como el instructivo de trámite de cuentas.

LORENZA VELASQUEZ RODRIGUEZ



NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN

FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN

**9. AUTORIZACION Y FIRMA DEL SUPERVISOR**

En mi calidad de supervisor de este contrato Certifico que el/la contratista ha cumplido a cabalidad con el objeto y obligaciones y que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social fueron presentados conforme a lo establecido en la ley. Por lo cual autorizo proceder a efectuar el pago correspondiente al periodo del presente informe.



FIRMA CONTRATISTA  
ZENAIDA ANDREA BADILLO BUENDIA



FIRMA SUPERVISOR  
JORGE LUIS REYES BEJARANO