

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO o CONVENIO No:	VIGENCIA	NUMERO DE PAGO	TIPO DE CONTRATO	PERIODO DE COBRO (DD/MM/AA)	
SSF CPS 194 DE 2026	2026	6	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	1/06/26	30/06/26

OBJETO:

SDG-ID:238PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES APOYANDO LA EJECUCIÓN DEL PROCESO DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA EN RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR

NIT / CC No:	NOMBRE DEL CONTRATISTA o PROVEEDOR	TELÉFONO DE CONTACTO	CORRE ELECTRÓNICO DE CONTACTO
1.105.682.131	ORTIZ PEÑA ELIZABETH CRISTINA	3208552965	elizabeth.ortizp@ssf.gov.co

3. INFORMACION SOBRE EL PAGO A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN

N° COMPROMISO PRESUPUESTAL	RUBRO	persona jurídica?	N° FACTURA ELECTRÓNICA (Si aplica)	VALOR ANTES DEL IVA	VALOR DEL IVA (Si aplica)	TOTAL
23526	C-3602-1300-1-20306A-3602012-02 #N/A	NO	FEV 28	5.626.050,00	1.068.950,00	6.695.000,00
	#N/A					
	#N/A					
	#N/A					
	#N/A					
TOTAL A PAGAR EN ESTE TRÁMITE						6.695.000,00

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor/ Interventor del contrato, convenio o servicio anteriormente descrito **CERTIFICO** que el contratista/proveedor ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el Contrato/convenio, y cumple con todos los requisitos legales necesarios para **AUTORIZAR** el correspondiente pago, y que revisados los documentos que soportan dicho pago, los mismos se encuentran elaborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato y las normas vigentes, los mismos se encuentran debidamente cargados en el sistema SECOP II (para los pagos que apliquen).

La supervisión y/o interventoría **CERTIFICA** que verificó el cumplimiento del contratista/proveedor de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales conforme a los documentos (planillas o certificaciones) allegados por el contratista/proveedor, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002: "(.....) verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas. (.....) Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal o Representante Legal(.....)". Nota: Esta verificación se hará cada vez que exista pago a favor del contratista/proveedor.

CERTIFICO que para los pagos que apliquen, fue debidamente verificada la Factura Electrónica, Nota Débito, Nota Crédito, quedado recibida a través del aplicativo SIIF Nación, para ello tener en cuenta lo establecido en las "Guías de Facturación Electrónica del SIIF Nación Validador de Factura Electrónica - VFE".

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMA:**DATOS DEL SUPERVISOR(ES) / INTERVENTOR(ES)**

Nombre(s): ADRIANA MERCEDES BONILLA MORALES

de Identificación: 65.750.863

Cargo(s): DIRECTORA DE GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE CÓDIGO 0105 GRADO 19 €

Dependencia(s): DIRECCION DE GESTION FINANCIERA Y CONTABLE


ESPACIO PARA FIRMA DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nota: Si el contrato tiene más de un supervisor, este formato debe contener la totalidad de las firmas de los supervisores

SUPERVISOR # 2

SUPERVISOR # 3

SUPERVISOR # 4

OBSERVACIONES:

Nota: Incluir información relevante para este pago que no haya sido mencionada en los campos anteriores.