CNSC COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL Igualdad, Mérito y Oportunidad	**FORMATO** **RECIBIDO A SATISFACCIÓN**	**Código:** F-GC-004 **Versión:** 8.0 **Fecha:** 01/04/2026 **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** 16 / 06 / 2026 **Contrato No.329 de 2026**
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: Esneda Reyes Martínez Dependencia: Dirección de Apoyo Corporativo
Periodo a certificar: del (5/05/2026) al (31/05/2026)	

Tipo de Informe:				**Pago 1 de 8**
Avance	X	Final		

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, a su vez, certifico que el contratista se encuentra al día en la publicación de sus informes en plataforma Secop II.

Por lo anterior, autorizo el pago de la factura No. **QT 22590** por valor de **CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIUN MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS CON SESENTA Y OCHO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($4.421.731,68)** en la cuenta reportada por el contratista.

Observaciones: Durante el periodo facturado el contratista cumplió con lo dispuesto en el Anexo Técnico
El Proveedor C.I. QUALITY TRADE LTDA realiza cortes de facturación el último día de cada mes por ende para el primer pago que corresponde al periodo del 5 al 31 de mayo se reconocerán los servicios prestados de acuerdo con lo facturado por esos días y para las mensualidades siguientes se realizará por el mes completo vencido.

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 M

ESNEDA REYES MARTINEZ
Supervisora del Contrato