|  |  |
| --- | --- |
| **CONTRATISTA:** | Nombre del Contratista – establecido en el contrato |
| **IDENTIFICACIÓN:** | Número de Identificación del contratista |
| **FECHA DEL CONTRATO O CONVENIO:** | Fecha en que se firma  |
| **N.º DEL CONTRATO:** | Número asignado, adicionales, modificatorios y otro si |
| **CLASE DE ACTO:** | Tipo de contrato que se suscribe. |
| **OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO:** | Acuerdo contrato |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | Valor del contrato y sus adiciones |
| **PLAZO:** | Plazo Inicialmente señalado y sus adicionales |
| **NATURALEZA DE LA ENTIDAD CONTRATISTA (señalar con una x que tipo de persona es el contratista)** | **Natural** | **Jurídica** |
|  |  |
| **PÓLIZAS DEL CONTRATO (**Si el contrato se adiciona en tiempo o se suspende y se reinicia debe ser ampliado, por ello deben relacionar las fechas en que se amplía la garantía). Si el contrato no exige pólizas, colocar “No Aplica” | Colocar el número de la póliza  | Colocar fecha de aprobación de la garantía (tener en cuenta las ampliaciones de la garantía) |
| **FECHA DE INICIO:** | Fecha del registro presupuestal |
| **ACTAS DE INICIO, SUSPENSIÓN, REINICIO:** | Cada Acta debe ser relacionada con su fecha en una fila independiente |
| **FECHA FINAL:** | Fecha que indica el contrato |
| **VALOR DE PAGO DE SALUD** | Valor cancelado por este concepto y reportado en la planilla, si la persona natural tiene a su cargo trabajadores colocar la información del pago efectuado a sus trabajadores por este concepto |
| **VALOR DE PAGO DE PENSIÓN** | Valor cancelado por este concepto y reportado en la planilla, si la persona natural tiene a su cargo trabajadores colocar la información del pago efectuado a sus trabajadores por este concepto |
| **VALOR DE PAGO ARL** | Valor cancelado por este concepto y reportado en la planilla, si la persona natural tiene a su cargo trabajadores, colocar la información del pago efectuado a sus trabajadores por este concepto. |
| **NÚMERO DE PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL** | Numero de la planilla del pago de seguridad social, si la persona natural tiene a su cargo trabajadores colocar el número de la planilla con el que cancela la seguridad social. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEGURIDAD SOCIAL - PERSONAS NATURALES**(DEBAJO DE CADA COLUMNA COLOCAR LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MES QUE SOPORTA DENTRO DE LA CERTIFICACIÓN PARA EL PAGO Y LA FECHA EN QUE LO REALIZA)

|  |  |
| --- | --- |
| **MES PAGADO** | **FECHA DE PAGO** |
|  |  |

**SEGURIDAD SOCIAL - PERSONAS JURÍDICAS**(MARCAR CON UNA X LA CALIDAD DE LA PERSONA QUE EMITE LA CERTIFICACIÓN Y COLOCAR LA FECHA EN QUE LA MISMA SE EXPIDE) |
| **Certificación de pago seguridad social y parafiscales** | **FECHA DE CERTIFICACIÓN****DD/MM/AAAA** |
| Representante Legal |  |  |
| Revisor Fiscal |  |  |
|  |
| **Certificados** | **Número** | **Unidad Ejecutora** | **Fecha** | **Valor** |
| Disponibilidad (Señalar la información de las disponibilidades que soportan este contrato) |  |  |  |  |
| Registro (Señalar la información de los registros que soportan este contrato) |  |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:** |
| La presente certificación se expide para el cobro de **(VALOR EN NÚMEROS)** correspondiente **A LA (NUMERO DE CUOTA A CANCELAR).** |

Atentamente,

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IDENTIFICAR AL SUPERVISOR O INTERVENTOR EN LA MISMA FORMA QUE LO INDICA EL CONTRATO**

*Actuando en mi calidad de supervisor o interventor de este contrato, certifico que he validado la información aquí relacionada y que toda la documentación que se encuentra anexa a este certificado es fidedigna. Razón por la cual doy fe que la cuota o servicio fue ejecutada satisfactoriamente por el contratista, por lo tanto, doy mi autorización y orden para que se realice su pago.*