**CÓDIGO TRD:**       /

**EL SUPERVISOR DE**:       No.       De

CERTIFICA:

Que el señor (a):       identificado con cédula de ciudadanía y/o Nit. No       prestó sus servicios y cumplió a satisfacción durante el periodo comprendido entre el día      del mes       del año       al día       del mes de       del año       el objeto de:

No.       de

El valor a cancelar por la presente certificación es de $       y corresponde al pago No.       Pago único si:  No:

Revisados los documentos en los que consta el pago al sistema general de seguridad social, se encuentra que están al día según planilla (s)

No.      No.      No.

No.      No.      No.     , donde se demuestra su afiliación en:

Salud:

Pensión:

ARP:

Porcentaje (%) avance físico programado:

Porcentaje (%) avance físico real:

Porcentaje (%) avance presupuestal programado:

Porcentaje (%) avance presupuestal real:

**Recibió pago de anticipo si:  No:**

**Porcentaje (      %) amortización de anticipo**

Correo electrónico:       Celular:

Para constancia se firma en Popayán a los: día:    Mes:  Año:

Nota:

Firma

Nombre:

Documento de identidad:

Supervisor