



**FORMATO**



**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DOCUMENTALES PARA PAGOS**

**CODIGO:** AB-FT-02      **VERSION:** 4      **FECHA:** 23/02/2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA	IDENTIFICACION	Nº DE CONTRATO	TIPO	FECHA DE ACTA DE INICIO

	Supervisor			Prof. Esp. Juridica Y Juridica			Coor.			Contabilidad			Tesorería		
	SI	No	N/A	SI	No	N/A	SI	No	N/A	SI	No	N/A	SI	No	N/A
<b>PAGOS MENSUALES</b>															
Memorando Supervisor (Elaboracion)															
Informe de Actividades															
Informe de Supervisión y Recibo a Satisfaccion(2 Copias originales)															
Cuenta de Cobro (2 Copias originales)															
Factura original y copia															
Acreditación de Pago de Aportes	Salud (2 copias)														
	Pensión (2 copias)														
	A.R.L.(2 copias)														
	Parafiscales														
<b>VERIFICACION</b>															
Vencimiento de Poliza															
<b>PRIMER PAGO</b>															
Aprobacion de Poliza ( Primer Pago)															
Acreditación de Pago de Impuestos (Primer Pago)															
Acta de Designación de Supervision (Primer Pago)															
Copia del RUT ( Primer Pago)															
Acta de Inicio (Primer Pago)															
Copia del Contrato (Primer Pago)															
Certificado de induccion y reinducción expedido Of. de Gestión Humana															
<b>EN CASO DE ADICIÓN</b>															
Copia del Contrato en caso de Adición (Primer Pago en caso de Adición)															
Aprobación de Poliza ( Primer Pago en Caso de Adición)															
Acreditación de Pago de Impuestos (Primer Pago en Caso de Adición)															
<b>PAGO FINAL</b>															
Acta de Liquidación (Post Contractual - Pago Final)															
<b>NOMBRE</b>															
<b>FIRMA:</b>															
<b>FECHA:</b>															
<b>NOMBRE:</b>															
<b>FIRMA:</b>															

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_