CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BÀSICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
21/ 11 / 2022	ELSA VICTORIA GARIBELLO AGUDELO	DEPARTAMENTO ADMINSITRATIVO DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MARIA JUAQUINA GONZÁLEZ BARRETO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.098.337.390 SALENTO Q

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2022-3473

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 16 DE AGOSTO DE 2022 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 15 DE DICIEMBRE DE 2022

CDP: 2022-6501 **RP:** 2022-6811 **Código (Rubro Presupuestal):** 11701.232020200900004599011005911 19.210

2022-8531 2022- 9762 11701.232020200900004599011005911 19.001

VALOR TOTAL: $11.200.000 **ENTIDAD BANCARIA:** BANCO DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $2.800.000 **CUENTA No:** 0550488426759723

SALDO RESTANTE: $ 2.800.000

FORMA DE PAGO: Se cancelará el valor pactado mediante CUATRO (04) pagos iguales parciales, *mes vencido, por un valor de* DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($2.800.000) MCTE CADA UNO, previa presentación de la *cuenta de cobro, informe* de actividades contractuales realizadas, evidencias, soporte del pago al sistema general de seguridad social en Salud, Pensión y ARL, y Estampillas con el respectivo visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control.

NOTA: *El pago mensual queda supeditado a la entrega de la totalidad de los documentos correspondientes a la ejecución contractual del mes vencido a cobrar, y el último pago queda supeditado a la entrega de la totalidad de los documentos, archivos y/o expedientes de propiedad de la entidad contratante, el supervisor tendrá un plazo no menor de ocho (08) días para la revisión del mismo.*

PERIODO A PAGAR: 16 de octubre al 15 de noviembre del 2022.

No. Planilla de aportes: Noviembre: 8621600512	SOPORTES:
Pago de Pensión: Noviembre: $ 179.200	1. Informe del contratista: Tres (3) folios
Pago de Salud: Noviembre: $ 140.000	2. Informe del supervisor y/o interventor: Un (01) folio
ARP: Noviembre: $ 5.900	3. Otros.

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraídas con el Contratante. Por lo tanto, autorizo el pago por valor de: $ 2.800.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO___ SEGUNDO___ TERCERO _x__ CUARTO___ QUINTO___ SEXTO___
SEPTIMO___ OCTAVO___ NOVENO___ OTROS___ CUAL:_____

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Resolución 805 del 2011, de la Alcaldía de Armenia, en su artículo 23 "Por la cual se fijan funciones, atribuciones y responsabilidades a los supervisores y/o interventores".

_____

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

NOTA: certifico que la documentación soporte relacionada con la ejecución del contrato y que se relaciona en esta certificación, reposa en las oficinas respectivas de la secretaria, debidamente foliadas y archivadas.

Powered by CamScanner