CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BÀSICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
15/ 12 / 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 2022-8531 **RP:** 2022-6811 2022- 9762 **Código (Rubro Presupuestal):** 11701.2320202009000045990110059119.210 11701.2320202009000045990110059119.001

VALOR TOTAL: $11.200.000

ENTIDAD BANCARIA: BANCO DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $2.800.000

CUENTA No: 0550488426759723

SALDO RESTANTE: $ 0.000.000

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 noviembre al 15 de diciembre del 2022.

No. Planilla de aportes: Diciembre: 8622210116	SOPORTES:
Pago de Pensión: Diciembre: $ 179.200	1. Informe del contratista: Cuatro (4) folios 2. Informe del supervisor y/o interventor: Un (01) folio 3. Otros.
Pago de Salud: Noviembre: $ 140.000	
ARP: Diciembre: $ 5.900	

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 ___ CUARTO_x_ 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