ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
27/02/2023	MARIBEL EUGENIA GRANADA GRANADA	Secretaria General

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: JOSE ESTIVEN FERNANDEZ TRUJILLO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.094.967.402 de Armenia

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicio apoyo a la gestión **CONTRATO N° 013-2023**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 26/01/2023 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 25/04/2023

CDP: 00020 **RP:** 00079 **Código (Rubro Presupuestal):** 2120201008

VALOR TOTAL: $ 4,500.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIPLATA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 1.500.000 **CUENTA N°:** 3135375679

SALDO RESTANTE: $ 3.000.000 **FORMA DE PAGO:** Tres (03) pagos mensuales vencidos hasta por valor de millon quinientos mil pesos ($1.500.000) M/Cte. Previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del Supervisor encargado de ejercer la vigilancia y control del presente contrato. Nota: el pago queda supeditado a la entrega de la totalidad de los archivos y documentos correspondientes a la ejecución contractual cuando haya lugar. No obstante, la forma de pago prevista, queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensual izado de caja (PAC)

PERIODO A PAGAR: Del 26 de enero hasta 25 de febrero del 2023.

No. Planilla de Aportes:	9446853119
Pago de Pensión:	$185,600
Pago de Salud:	$145,000
ARP:	$6.100

SOPORTES:

1. Acta de Inicio (solo la primera vez): (01) Folio(s)
2. Informe del Contratista: (01) Folio(s)
3. Acta del Supervisor: (01) Folio(s)
4. Otros:
   - Planilla de pago Seguridad Social (01) Folio(s)
   - Comprobante de pago Seg. Social (01)Folio(s)
   - Evidencias y CD Soportes (01)Folio(s)

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: **$ 1.500.000**
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO _X_ SEGUNDO ___TERCERO ___ CUARTO ___ QUINTO ___ SEXTO ___ SÉPTIMO ___ OCTAVO ___NOVENO ___ OTROS ___ CUAL: _____

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Parágrafo 1° del Artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y los demás soportes que contempla el numeral 23 de la Resolución Interna No. 315 del 25 de julio de 2014.

NOTA: Certifico que la documentación soporte relacionada con la ejecución del contrato y que se relaciona en esta certificación, reposa en el Archivo de Gestión de la Oficina Jurídica, debidamente foliadas y archivadas, se adhieren y se anulan, estampilla Pro-Hospital por valor de $3.200. (Decreto No. 00939 del 12 de diciembre del 2022)

FIRMA DEL SUPERVISOR

CORPORACIÓN CONCEJO MUNICIPAL DE ARMENIA

V/B Secretaria General

SAN JUAN DE DIOS
ARMENIA QUINDIC
$3.200 00 (TRES MIL DOSCIENTOS)
26/01/2023 Sol 18287
0921757

Powered by CamScanner