	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS Secretaria de Hacienda Municipal Proceso Gestión Financiera	Código: R-SH-PGF-003 Fecha: 08/10/2021 Versión: 002 Página 1 de 1

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BÀSICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
18/ 04 / 2023	FLOR ALBA CASTAÑEDA VIVAS	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 QUINDÍO

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2023-1435

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 16 DE FEBRERO DE 2023 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 15 DE MAYO DE 2023

CDP: 2023-1653 **RP:** 2023-1688 **Código (Rubro Presupuestal):** 11701.2.3.2.02.02.009.4599011.005.91.119.001

VALOR TOTAL: $8.400.000 **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 TRES (03) pagos iguales parciales, mes vencido, por un valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($2.800.000) MCTE CADA UNO, incluidos impuestos, 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 marzo al 15 de abril del 2023

No. Planilla de aportes: Abril: 8624034111

Pago de Pensión: Abril: $ 185.600	SOPORTES: 1. Informe del contratista. Tres (3) folios 2. Informe del supervisor y/o interventor. Un (01) folio 3. Otros: CD (evidencias)
Pago de Salud: Abril: $ 145.000	
ARP: Abril: $ 6.100	

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__x_ TERCERO ___ 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