CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
30 / 05 / 2023	CARLOS ALBERTO GIRALDO CARDONA	Departamento Administrativo de Planeación 10101

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: CAROLINA ZULUAGA ARANGO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.094.945.444 ARMENIA

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicios Profesionales **NO. DEL CONTRATO**: 2023-0601

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 15 DE FEBRERO DE 2023 **FECHA DE TERMINACION:** 16 DE JUNIO DE 2023

CDP: 1866 **RP**: 1643

Código (Rubro Presupuestal): 10101.2.3.2.02.02.009.4599007.046.91114.034

CDP ADICIÓN: 3400 **RP ADICIÓN:** 4369
Código (Rubro Presupuestal): 10101.2.3.2.02.02.009.4599007.046.91114.001

VALOR TOTAL: $ 10.250.000= **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 2´500.000= **CUENTA No:** 0550488403005280

SALDO RESTANTE: $ 2.750.000=

PERIODO A PAGAR: 15 DE ABRIL AL 14 DE MAYO DE 2023

FORMA DE PAGO: El valor inicial del Contrato es de **Siete Millones Quinientos Mil Pesos M/cte. (7.500.000.oo)**, el valor que se adiciona asciende a la suma de **Dos Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos M/cte. ($2.750.000,oo)** con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal **No. 3400 del 20 de abril de 2023**; por lo tanto, el valor total del contrato asciende a la suma de **Diez Millones Doscientos Cincuenta Mil Pesos M/cte. ($10.250.000.oo)**; pagaderos de la siguiente manera conforme a la adición: Un (1) pago inicial mensual vencido por valor de Dos Millones Quinientos Mil Pesos M/Cte. ($2.500.000,oo) y un (1) pago final vencido por valor de Doscientos Cincuenta Mil Pesos M/Cte. ($250.000,oo); previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la supervisión, vigilancia y control. No obstante, la forma de pago prevista queda sujeta a la situación de los recursos del Plan Anualizado Mensual de Caja PAC.

No. Planilla de aportes: **9450002033 (ABRIL)**	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 288.000	1. Acta de Inicio: (solo la primera vez)
Pago de Salud: $ 225.000	2. Informe del contratista: 2 folios
ARP: $ 9.400	3. Informe del supervisor y/o interventor: 1 folios
	4. Otros:CD

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´500.000=

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.