	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. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA 103 -01
05	04	2023	PAULA ANDREA HUERTAS ARCILA	SUBSECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: DARIO MAURICIO OSPINA ZAPATA

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: ***89005462***

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **DEL CONTRATO:** 2023-1884

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 1 DE MARZO DE 2023 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 29 DE MAYO DE 2023

CDP: 2023-2190 **RP** 2023-2161 **Código (Rubro Presupuestal):** 10901.2.3.2.02.02.009.4103052.128.91114.210

VALOR TOTAL INICIAL: $ 7.996.920

ENTIDAD BANCARIA: BANCOLOMBIA **CUENTA No:** 06975557420

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO : $ 2.665.640

SALDO RESTANTE: $5.331280

FORMA DE PAGO: TRES (3) PAGOS PARCIALES CADA TREINTA DIASCALENDARIOPOR VALOR DE DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTAY CINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE (2.665.640)

PERIODO A PAGAR: *01* de MARZO de 2023 al 30 de MARZO de 2023

No. Planilla de aportes: 9447949837	SOPORTES
Pago de Pensión: $ 192.000	1. Informe del supervisor y/o interventor: **1** folio 2. Informe del contratista: **6** folios 4. Planilla Seguridad Social **1** folio 5- Retención en la fuente: **1** folio. 6- Autorización descuento estampillas **1** folio 7- Estampilla Pro-hospital (**1**) 8- Certificado de evidencias **1** folio 9- Anexos CD
Pago de Salud: $ 150.000	
ARP NIVEL 1: 6.300	

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: $2.665.640

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 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 archivadas en el área de archivo de gestión documental de víctimas del conflicto armado, conforme constancia expedida por el supervisor, la cual hace parte del presente informe.

Powered by CamScanner