ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
13/06/2023	CARLOS MARIO TORRES PARRA	JURIDICA

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: CAROLINA ZULUAGA ARANGO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.094.945.444

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicios Profesionales **CONTRATO N°** 2023-003

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 23/01/2023 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 06/06/2023

CDP: 00005 **RP:** 00039 **Código (Rubro Presupuestal):** 2120201008

CDP ADICION: 00114 **RP ADICION:** 00472 **Código Rubro adición:** 2120201008

VALOR TOTAL: $ 9.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** Davivienda

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $1.000.000 **CUENTA N°:** 0550488403005280

SALDO RESTANTE: $ 0

FORMA DE PAGO: Cuatro (04) pagos mensuales vencidos hasta por valor de Dos millones de pesos mcte ($2.000.000) y un pago final por los quince (15) restantes por un valor de un millón de pesos mcte ($1.000.000), 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 vigilancia y control. **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 Mensualizado de caja PAC.

PERIODO A PAGAR: Del 23 de mayo hasta el 06 de junio del 2023.

No. Planilla de Aportes:	9451523662 Mayo 9452121078 Junio
Pago de Pensión:	$ 288.000 Mayo $ 288.000 Junio
Pago de Salud:	$225.000 Mayo $225.000 Junio
ARP:	$ 9.400 Mayo $ 9.400 Junio

SOPORTES:

1. Acta de inicio	(00) folio
2. Informe del contratista	(03) folios
3. Acta de supervisión	(01) folio
4. Otros	
• planilla de pago	(02) folio
• comprobante de pago de seguridad social	(05) folio
• descuento de estampilla	(01) folio
• retención en la fuente	(01) folio
• cd	(01) uno

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: **$ 1.000.000**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO ___ TERCERO ___ CUARTO ___ QUINTO x 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.

Carlos Torres

FIRMA DEL SUPERVISOR

CONCEJO MUNICIPAL DE ARMENIA

V/B Secretaria General

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
1055355
ARMENIA QUINDIO
$3,200.00 (TRES MIL DOSCIENTOS)
06/06/2023 Sol: 20218