	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 BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
26 / 06 / 2023	LUZ MARINA CORREAL BARRIOS	SECRETARIA DE SALUD 11604

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 89.005.849

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2023 2253

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 20 DE ABRIL DEL 2023 **FECHA DE TERMINACION:** 19 DE JULIO DEL 2023

CDP: 3082 **RP:** 3337 **Código (Rubro Presupuestal):** 11604.2.3.2.02.02.009.4599023.029.91122.940

VALOR TOTAL 9.900.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $3.300.000 **CUENTA No:** 0570136070655685

SALDO RESTANTE: $3.300.000

FORMA DE PAGO: Tres (3) pagos iguales mensuales vencidos por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE ($3.300.000), 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

PERIODO A PAGAR: *20 DE MAYO DEL 2023 AL 19 DE JUNIO DEL 2023*

No. Planilla de aportes: MAYO : 9452356111	SOPORTES: 1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.). 2. Informe del contratista: # de folios 2 3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1 Otros: planilla del mes de Mayo # de folios 1 recibo de pago aportes Mayo # de folios 1 cd informe de actividades # de folios 1
Pago de Pensión: $ 230.900	
Pago de Salud: $ 180.400	
ARP: $ 35.200	

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraidas con el Contratante. Por lo tanto autorizo el pago por valor de: $ 3.300.000

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 Alcaldia 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