CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BÀSICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
07/ 09 / 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 ESPECIALIZADOS **NO. DEL CONTRATO:** 2023-4548

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 06 DE JULIO DE 2023 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 05 DE DICIEMBRE DE 2023

CDP: 2023-6839 **RP:** 2023-6754 **Código (Rubro Presupuestal):** 11701.2.3.2.02.02.009.4599011.005.91.119.001

VALOR TOTAL: $15.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** BANCO DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $3.000.000 **CUENTA No:** 0550488426759723

SALDO RESTANTE: $ 9.000.000

FORMA DE PAGO: Se cancelará el valor pactado mediante CINCO (05) pagos iguales mensuales parciales, mes vencido, cada uno por un valor de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000) MCTE, previa presentación y entrega a satisfacción de la cuenta de cobro, informe de actividades contractuales realizadas, evidencias y soportes, 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: 06 de agosto al 05 de septiembre del 2023.

No. Planilla de aportes: agosto: 8626488242	SOPORTES:
Pago de Pensión: agosto: $ 192.000	1. Informe del contratista: Cuatro (4) folios. 2. Informe del supervisor y/o interventor: Un (01) folio 3. Otros: CD (evidencias).
Pago de Salud: agosto: $ 150.000	
ARP: agosto: $ 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: $ 3.000.000

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