	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
07 / 11 / 2023	DANIEL JAIME CASTAÑO CALDERON	10801 secretaria de Tránsito y transporte

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA OSPINA LONDOÑO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : *41.954.205*

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION

NO. DEL CONTRATO: 2023-5037

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 08 de agosto de 2023 **FECHA DE TERMINACION:** 07 de noviembre de 2023
FECHA DEL ACTA DE INICIO: 08 de noviembre de 2023 **FECHA DE TERMINACION:** 25 de noviembre de 2023

CDP: *7299* **RP:** *7975* **Código (Rubro Presupuestal): 10801232020200845990231628594000 1**
CDP: 8627 **RP:** 9708

VALOR INICIAL: $ 4.500.000
VALOR ADICION: $ 900.000
VALOR TOTAL CON ADICION: $5.400.000

ENTIDAD BANCARIA: *DAVIVIENDA*

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO $1.500.000

CUENTA No: 136200129239

SALDO RESTANTE: *$ 900.000*

FORMA DE PAGO: El valor total de contrato es de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL CORRIENTE ($ 5.400.000,00 M/CTE) , pagaderos de la siguiente manera: Tres (03) pagos por valor de Un Millón Quinientos Mil Pesos Moneda Legal Corriente ($ 1.500.000,00 M/CTE) y un pago fracción por Novecientos Mil Pesos Moneda Legal Corriente ($900.000,00 M/CTE) mes vencido o fracción calendario , previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y de contar con el visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control. NOTA: El ultimo 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: 08 DE OCTUBRE AL 07 DE NOVIEMBRE

No. Planilla de aportes: 9457706469 OCTUBRE	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 185.600 OCTUBRE	1. Acta de Inicio: 1 folio. 2. Informe del contratista: 3 de folios 3. Informe del supervisor y/o interventor: 1 de folio 4. Otros: 1 cd
Pago de Salud: $ 145.000 OCTUBRE	
ARP: $6.100 OCTUBRE	

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: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.500 000 M/CTE)

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.

Escaneado con CamScanner