	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
22 11 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: FRANCELID RAMIREZ BERNATE

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: CC 41.914.659

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **No. DEL CONTRATO:** 20232582

FECHA DEL ACTA DE INICIO: JUNIO 22 DEL 2023 **FECHA DE TERMINACION:** DICIEMBRE 15 DEL 2023

CDP: 20234962 **RP: 20235244** **Código (Rubro Presupuestal):** 11604.2320202009459902302991122.012
Adición CDP: 20239248 **Adición RP: 202310538** **Adición Código (Rubro Presupuestal): 116042320202009459902302991122.012**

VALOR TOTAL: $16.240.000 Dieciséis millones doscientos cuarenta mil pesos mcte. **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA
CUENTA No: 0550136600184560

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $2.800.000 Dos millones ochocientos mil pesos mcte.

SALDO RESTANTE: $2.240.000

FORMA DE PAGO: cinco pagos iguales mensuales vencidos por valor de dos millones ochocientos mil pesos (2.800.000), y un último pago por valor de dos millones doscientos cuarenta mil pesos ($2.240.000), por los veinticuatro (24) días trabajados, previa verificación del pago de seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del encargado de ejercer la vigilancia y control.

PERIODO A PAGAR: *OCTUBRE 22 A NOVIEMBRE 21 DEL 2023*

Planilla de aportes Nro. 28257359	SOPORTES:
Pago de Pensión OCTUBRE/2023 : $185.800	1. Informe del supervisor y/o interventor. 1 folio 2. Informe de Contratista 2 folios 3. Carta Retención. 1 folio 4. Autorización descuento estampillas 1 folio 5. Otros: Seguridad Social OCTUBRE-2023 2 folios 6. 1 CD.
Pago de Salud OCTUBRE/2023 : $145.200	
ARL OCTUBRE/2023 : $6.200	
Caja Compensación OCTUBRE/2023 : $23.300	

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: **$2.800.000**
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO _ SEGUNDO __TERCERO _ CUARTO_ QUINTO X_ 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
LUZ MARINA CORREAL BARRIOS

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