	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 M E S AÑO 27/11/2023

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DORANGELA ARDILA MENDOZA

DEPENDENCIA 110-01 **Secretaría de Desarrollo Económico**

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: CAROLINA QUINTERO PELAEZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: CC 41.963.222

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:2023-3482**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 28 DE JUNIO 2023

FECHA DE TERMINACION: 27 DE NOVIEMBRE 2023

CDP: 6017 **RP:** 6243

Código (Rubro Presupuestal): 11001.2.3.2.02.02.009.1708038.132.91119.0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $12.500.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $2.500.000 **CUENTA No:** 055013600092918**4**

SALDO RESTANTE: $ 0

FORMA DE PAGO). Se realizarán cinco (05) pagos mensuales por valor de **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($2.500.000)** cada uno mes vencido, previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del encargado de ejercer vigilancia y control.
PERIODO A PAGAR: 28 de octubre al 27 de noviembre de 2023.

No. Planilla de aportes octubre: 66237983 **No. Planilla de aportes noviembre:** 67012469	SOPORTES: 1. Informe del contratista **(18)**folios 2. Informe de supervisor (1) folios 3. Pago de seguridad social y planilla (2 folios) 4. Carta de retención (1) folios 5. Autorización descuento de estampillas (1) folios 6. Estampilla prohospital (1) folios 7. CD Copia de seguridad acta de inicio (1) folios
Pago de Pensión octubre: $ 185.600 **Pago de Pensión noviembre:** $ 185.600	
Pago de Salud octubre: $ 145.500 **Pago de Salud noviembre:** $ 145.000	
ARP octubre: $ 28.300 **ARP noviembre:** $ 28.300	

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: **$ 2.500.000**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO___PRIMERO ___SEGUNDO __TERCERO __CUARTO___QUINT _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 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