	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 106.01
15/12/2023	ASDRUBAL SUAREZ ARIAS	SECRETARIA DE INFRAESTRUTURA

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: JUAN FELIPE SALDARRIAGA ZULUAGA

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 9.736.910 de armenia

CLASE O TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

NO. DEL CONTRATO: 2023-5582

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 7 DE DICIEMBRE DEL 2023 **FECHA DE TERMINACION:** 15 DE DICIEMBRE DEL 2023.

CDP: 2023 10123 **RP:** 2023 11804 **Código (Rubro Presupuestal):** 10601-2.3.2.02.02.005.4502003.116.54129-001

VALOR TOTAL: **$900.000** **ENTIDAD BANCARIA:** ***BANCOLOMBIA***

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $900.000 **CUENTA No. 374 499 457 61**

SALDO RESTANTE: $0

VALOR Y FORMA DE PAGO: Se cancelará mediante Un pago vencido por valor de NOVECIENTOS MIL PESOS MCTE ($900.000), 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. No obstante la forma de pago prevista, queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC.

PERIODO PARA PAGAR: 7 de Diciembre del 2023 al 15 de Diciembre de 2023.

No. Planilla de aportes: 4531640891	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 96.000 (1 AL 15 DE DICIEMBRE)	1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.). 2. Informe del contratista: # de folios _____3_____
Pago de Salud: $ 75.000 (1 AL 15 DE DICIEMBRE)	3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios _1____
ARP: $ 3.200 (1 AL 15 DE DICIEMBRE)	4. Otros: ___CD_____

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: $900.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO___ SEGUNDO___ TERCERO___ CUARTO___ QUINTO____ SEXTO__ SEPTIMO___ OCTAVO___ NOVENO___ OTROS X CUAL: _**UNICO PAGO**_____

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 folladas y archivadas.

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9736910
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN FELIPE SALDARRIAGA ZULUAGA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CLL 23 NTE # 18-144	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - IND
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			4531640891
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre AÑO	2023	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
DÍAS DE MORA:		0	PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES diciembre AÑO 2023
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/12/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9997943569

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 96.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 96.000	$ 0	$ 96.000
SUBTOTALES:										$ 96.000	$ 0	$ 96.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 75.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 75.000	$ 0	$ 0	$ 75.000
SUBTOTALES:													$ 75.000	$ 0	$ 0	$ 75.000

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 3.200	$ 3.200	$ 0	$ 0	$ 3.200
SUBTOTALES:									$ 3.200	$ 0	$ 0	$ 3.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 9736910	SALDARRIAGA ZULUAGA JUAN FELIPE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.200.000				NO	15																

SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	15	$ 600.000	$ 96.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 96.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	15	$ 600.000	$ 75.000	$ 0	$ 75.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	15	$ 600.000	9736910	$ 3.200	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 174.200

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9447636458 DV: 833798
Cliente: 110263 PILA BECAUDO
Fecha: 14/12/2023 15:07:02
PAP: 911167
Identificacion: 9736910
Nombre: JUAN FELIPE
Apellido 1: SALDARRIAGA
Apellido 2: ZULUAGA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 7339924
Codigo Planilla: 453164891
Periodo Pago: 2023/12
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 9736910 Valor: $174.200,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner