	CORPORACIÓN CONCEJO MUNICIPAL DE ARMENIA	Código: F-600.05-01
	ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS	Fecha: 12/01/2022
		Versión: 05
	Proceso Jurídica	Página 1 de 1

ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
28/12/2023	ALCIDES DE JESUS MARIN VELANDIA	CONTROL INTERNO

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: DANIEL ESTEBAN GUTIERREZ RODAS

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1097728216

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicios Profesionales **CONTRATO N°** 2023-187

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 22/11/2023 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 21/12/2023

CDP: 00451 **RP:** 01591 **Código (Rubro Presupuestal):** 2120201008

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 2.200.000 **CUENTA N°:** 488421572519-Davivienda Ahorros

SALDO RESTANTE: $0 **FORMA DE PAGO:** MCTE ($2.200.000) Se cancelará mediante un (1) pago mes vencido hasta por valor de DOS MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS MCTE ($2.200.000), 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. **NOTA:** El 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: Del 22 de noviembre hasta 21 de diciembre del 2023

No. Planilla de Aportes:		
Noviembre:	67491567	
Diciembre:	67840683	
Pago de Pensión:	**Noviembre**	$275.600
	Diciembre	$275.600
Pago de Salud:	**Noviembre**	$ 215.300
	Diciembre	$ 215.300
Pago ARL	**Noviembre:**	$ 9.000
	Diciembre :	$ 9.000

SOPORTES

1	Acta de Inicio (solo la primera vez):	(1) Folio(s)
2	Informe del Contratista:	(03) Folio(s)
3	Acta del Supervisor:	(01) Folio(s)
4	Otros: * Planilla Seguridad Social	(02) Folio(s)
	* Planilla de pago Seguridad Social	(02) Folio(s) (01) CD
	* Descuentos de estampillas	(01) Folio(s)
	* Retención en la fuente	(01) Folio(s)

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: **$ 2.200.000**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO X SEGUNDO ___ TERCERO ___ CUARTO ___ QUINTO ___ SEXTO ___ SÉPTIMO ___ OCTAVO ___ NOVENO ___ OTROS ___ CUAL: _____

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Parágrafo 1° del Artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y los demás soportes que contempla el numeral 23 de la Resolución Interna No. 315 del 25 de julio de 2014 **NOTA:** Certifico que la documentación soporte relacionada con la ejecución del contrato y que se relaciona en esta certificación, reposa en el Archivo de Gestión de la Oficina Jurídica, debidamente foliadas y archivadas, se adhieren y se anulan a la copia de este documento estampilla Pro-Hospital por valor de $3.200 pesos, de acuerdo a lo estipulado en el Decreto No. 00939 del 12 diciembre De 2022)

V/B Secretaria General

FIRMA DEL SUPERVISOR

SAN JUAN DE DIOS
ARMENIA QUINDIO
$3,200.00 (TRES MIL DOSCIENTOS)
26/12/2023 Sol 23088 - 1216831

Powered by CamScanner