MUNICIPIO DE ARMENIA	**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
17 / 05/ 2024	CLAUDIA ROMERO ARANGO	SECRETARIA DE SALUD 11604

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 89.005.849

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2024-005

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 18 ENERO DEL 2024 **FECHA DE TERMINACION:** 01 JUNIO DEL 2024

CDP: 61 **RP:** 87 **Código (Rubro Presupuestal):** 11604.2.3.2.02.02.009.1906022.022.91122.012

CDP: 2529 **ADICIÓN** **RP :**2919 **ADICIÓN** **Código (Rubro Presupuestal):** 11604.2.3.2.02.02.009.1906022.022.91122.012 **ADICIÓN**

VALOR TOTAL 14.850.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $3.300.000 **CUENTA No:** 0570136070655685

SALDO RESTANTE: $1.650.000

FORMA DE PAGO: CUATRO (4) pagos por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.300.000) y un último pago por los Quince (15) días Trabajados por valor de UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($1.650.000), previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisdación del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del uncionario encargado de ejercer la vigilancia y control.

PERIODO A PAGAR: *18 DE ABRIL DEL 2024 AL 17 DE MAYO DEL 2024*

No. Planilla de aportes: *ABRIL*: **9466191944**	SOPORTES: 1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.). 2. Informe del contratista: # de folios 2 3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1 Otros: planilla del mes de abril # de folios 1 recibo de pago aportes abril # de folios 1 cd informe de actividades # de folios 1
Pago de Pensión: $ 228.500	
Pago de Salud: $ 178.500	
ARP: $ 34.800	

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: $ 3.300.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO____PRIMERO __SEGUNDO ____TERCERO____CUARTO_X__
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.

Powered by CamScanner