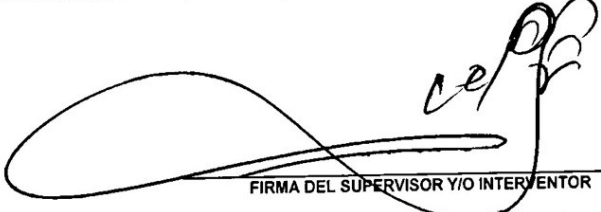


	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS Secretana de Hacienda Municipal Proceso Gestión Financiera	Código R-SH-PGF-003
		Fecha 08/10/2021
		Versión 002
		Página 1 de 1

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS		
I. INFORMACIÓN BÁSICA		
DIA MES AÑO 15 / MAYO / 2024	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DIEGO FERNANDO RAMÍREZ RESTREPO	DEPENDENCIA 10101 Planeación Municipal
II. INFORMACIÓN CONTRATO		
NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: Carolina Zuluaga Arango		
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1 094.945.444		
CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	NO. DEL CONTRATO: 2024-664 de 2024	
FECHA DEL ACTA DE INICIO: 07/FEBRERO/2024	FECHA DE TERMINACIÓN: 06/MAYO/2024	
CDP:1007	RP: 942	
Código (Rubro Presupuestal): 10101-2.3.2.02.008.4002015.055.83221-034		
VALOR TOTAL: \$7.500.000	ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA	
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$2.500.000	CUENTA No: 0550488403005280	
SALDO RESTANTE: \$0		
FORMA DE PAGO: Tres (3) pagos mensuales vencidos por valor de dos millones quinientos mil pesos M/cte. (\$ 2.500.000.00), 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. NOTA: El último 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 PARA PAGAR: 07 de abril al 06 de mayo de 2024		
No. Planilla de aportes ABRIL 9466228749 MAYO 9466972867	SOPORTES: 1. Acta de inicio (solo la primera vez) folio (0) folio 2. Informe del contratista: tres folios:(2) folios 3. Informe del supervisor y/o interventor: un folio (1) folios 4. Otros: 1cd con soportes: Descuento estampillas (01) folio, Carta de Retención (01) folio, pago de seguridad social: tres folios (6) folios. 5. Certificado de Registro Presupuestal (00) folio	
Pago de Pensión: \$208.000		
Pago de Salud: \$162.500		
ARP: \$6.800		
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: \$2.500.000		
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO ___ TERCERO ___ X CUARTO ___ 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 secretaría, debidamente foliadas y archivadas.		