CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
22/ 05/ 2024	DIEGO FERNANDO TOBON GIL	110-01 SECRETARIA DESARROLLO ECONOMICO

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: CRHISTIAN CAMILO TORRES LONDOÑO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.094.906.830 de Armenia

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2024-1155

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 21 DE FEBRERO DE 2024 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 20 DE MAYO DE 2024
FECHA ADICION 001: 16 DE MAYO DE 2024 **FECHA DE TERMINACION ADICION 001:** 5 DE JULIO DE 2024
CDP: 1623 RP: 1572 **Código (Rubro Presupuestal): 11001- 2.3.2.02.02.009.3602027.144.91138 – 034**
CDP ADICION 001: 2504 RP ADICION 4287 Código (Rubro Presupuestal): **11001- 2.3.2.02.02.009.3602027.144.91138 – 034**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: $ 13.500.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA
VALOR ADICION 001: $6.750.000
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $20.250.000
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 4.500.000 **CUENTA No:** 136600119350

SALDO RESTANTE: $ 6.750.000

FORMA DE PAGO: se realizarán Tres (03) pagos mensuales por valor de **CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($4.500.000)** cada uno mes vencido o fracción calendario, previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades y visto bueno por parte del funcionario de ejercer la vigilancia y control.
FORMA DE PAGO ADICION 001: El municipio de Armenia, realizarán dos (02) pagos de la siguiente forma: 1. Un primer pago treinta días (30) calendario después de haberse firmado la adición por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.500.000), y un segundo pago por los quince (15) días restantes por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($2.250.000)

PERIODO A PAGAR: 21 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 2024

No. Planilla de aportes: SOI – 4548730108- $528.000	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 291.100	1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.). 2. Informe del contratista: 7 folios
Pago de Salud: $ 227.400	3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1
ARP: $ 9.500	4. Otros: Seguridad Social 1, Carta Retención 1, Estampillas 1

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: **$4.500.000.**

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 secretaria, debidamente foliadas y archivadas.

Powered by CamScanner