	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
05 06 2024	CLAUDIA ROMERO ARANGO	SECRETARIA DE SALUD 11604

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: FRANCELID RAMIREZ BERNATE

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: CC 41.914.659

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **No. DEL CONTRATO:** 2024297

FECHA DEL ACTA DE INICIO: FEBRERO 5 DEL 2024 **FECHA DE TERMINACION:** JUNIO 19 DEL 2024

CDP: 2024611 **RP: 2024815** **Código (Rubro Presupuestal):** 11604.2320202009459905402991122.012
Adición CDP: 20243174 **Adición RP: 20243624** **Adición Código (Rubro Presupuestal): 11604.2320202009459905402991122.012**

VALOR TOTAL: $14.850.000 catorce millones ochocientos cincuenta mil pesos mcte. **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA
CUENTA No: 0550136600184560

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: 3.300.000 tres millones trescientos mil pesos mcte.

SALDO RESTANTE: $1.650.000 un millón seiscientos cincuenta mil pesos mcte.

FORMA DE PAGO: cuatro pagos iguales mensuales vencidos por valor de tres millones trescientos mil pesos mcte ($3.300.000), y un último pago por los 15 días trabajados por valor de un millón seiscientos cincuenta mil pesos mcte, ($1.650.000) previa verificación del pago de 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.

PERIODO A PAGAR*: MAYO 05 A JUNIO 04 DEL 2024*

Planilla de aportes Nro. 29958524	SOPORTES:
Pago de Pensión ABRIL/2024 : $212.600	1. Informe del supervisor y/o interventor. 1 folio 2. Informe de Contratista. 5 folios 3. Carta Retención. 1 folio 4. Autorización descuento estampillas 1 folio 5. Otros: Seguridad Social ABRIL-2024 2 folios. 6. 1 CD.
Pago de Salud ABRIL/2024 : $166.100	
ARL ABRIL/2024 : $7.000	

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
CLAUDIA ROMERO ARANGO

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