	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS Secretaria de Hacienda Municipal Proceso Gestión Financiera	Código: R-SH-PGF-003 Fecha: 8/10/2021 Versión: 001 Página 1 de 1

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO 24/ 06 / 2024

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DIANA CAROLINA FIGUEROA HERNANDEZ

DEPENDENCIA 111-01 SECRETARÍA DE HACIENDA

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3.

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: ISABEL CRISTINA MEJIA GARCIA
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : C.C. Nº 41.956.629 DE ARMENIA, QUINDIO.

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARIA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE ARMENIA EN CUANTO A LA VERIFICACIÓN, CONFRONTACIÓN Y REVISIÓN DE LAS CONCILIACIONES PRESUPUESTALES ENCAMINADAS A LA MODERNIZACIÓN TECNOLÓGICA Y ADMINISTRATIVA PARA LA GESTIÓN FINANCIERA Y FISCAL.

NO. DEL CONTRATO: 2024-1795

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 08 DE MAYO DE 2024. **FECHA DE TERMINACION:** 05 DE AGOSTO DE 2024.

CDP: 3176 **RP:** 3881 **Código (Rubro Presupuestal):** 11103.2.3.2.02.02.009.4599015.042.91119.001

VALOR TOTAL: $11.400.000
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $3.800.000
SALDO RESTANTE: $7.600.000

ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA.
CUENTA AHORROS No: 0550488438335033

FORMA DE PAGO: Tres **(03)** pagos iguales vencidos cada treinta días por valor de **TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.800.000)**, previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y de contar con el visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer vigilancia y control.

PERIODO A PAGAR: 08 DE MAYO AL 06 DE JUNIO DE 2024.

No. Planilla de aportes: 30237147	
Pago de Pensión:	$ 245.500
Pago de Salud:	$ 191.800
ARL:	$ 8.100
Caja de Compensación:	$0

SOPORTES:

- Certificado del supervisor y/o interventor: 1 folio.
- Informe del contratista: 4 folios.
- Autorización descuento estampillas - Retención en la fuente: 2 folios.
- Planilla seguridad social - Soporte de pago: 3 folios.

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: $ 3.800.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO: X SEGUNDO: ___ TERCERO: ___ 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