CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
24 07 2024	DIANA CAROLINA SOTO VELEZ	111-01 SECRETARIA DE HACIENDA

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: ANDRES GARCIA GUALTEROS

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 9.774.207

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2024-1069

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 15 DE FEBRERO DE 2024 **FECHA DE TERMINACION:** 28 DE JUNIO DE 2024

CDP: 1535 **RP:** 1363 **Código (Rubro Presupuestal):** 11103.2.3.2.02.02.009.4599015.042.91119-001
CDP Adición: 3667 **RP Adición:**4129 **Código (Rubro Presupuestal) Adición:** 11103.2.3.2.02.02.009.4599015.042.91119-001

VALOR TOTAL: $ 17.100.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 1.900.000 **CUENTA No:** 0570136670081266

SALDO RESTANTE: $ 0 **FORMA DE PAGO:** Cuatro (4) pagos iguales vencidos cada treinta días por valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.800.000) y Un (1) pago vencido por quince días por valor de UN MILLON NOVESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.900.000), 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: DEL 14 DE JUNIO DE 2024 A 28 DE JUNIO DE 2024

No. Planilla de aportes: 8630774589 de Junio de 2024	
Pago de Pensión Junio 2024	$ 243.200
Pago de Salud Junio 2024	$ 190.000
ARP de Junio 2024	$ 8.000

SOPORTES

1. Informe del contratista: 24 folios
2. Informe del supervisor y/o interventor: 1 folio
3. Otros: 4 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: $ 1.900.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO_____ SEGUNDO _____ TERCERO____ CUARTO____ QUINTO__X__ SEXTO____ SEPTIMO___ OCTAVO___ NOVENO___ OROS___ 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