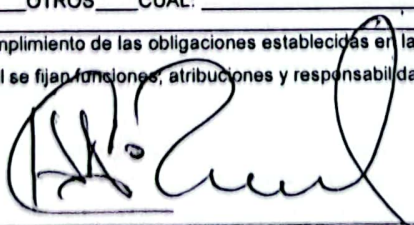


	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS Secretaria de Hacienda Municipal Proceso Gestión Financiera	Código: R-SH-PGF-003
		Fecha: 08/10/2021
		Versión: 002
		Página 1 de 1

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS		
I. INFORMACION BASICA		
DIA MES AÑO 09 / 09 / 2024	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR <u>CLAUDIA ARANGO ROMERO</u>	DEPENDENCIA <u>SECRETARIA DE SALUD 11604</u>
II. INFORMACION CONTRATO		
NIT DEL MUNICIPIO: <u>890.000.464-3</u>		
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: <u>MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ</u>		
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : <u>89.005.849</u>		
CLASE O TIPO DE CONTRATO: <u>PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES</u> NO. DEL CONTRATO: <u>2024-2051</u>		
FECHA DEL ACTA DE INICIO: <u>05 DE JUNIO DEL 2024</u> FECHA DE TERMINACION: <u>04 DE SEPTIEMBRE DEL 2024</u>		
CDP: <u>3834</u> RP: <u>5070</u>	Código (Rubro Presupuestal): <u>11604.2.3.2.02.02.009.4599023.029.91122.012</u>	
VALOR TOTAL <u>10.500.000</u> ENTIDAD BANCARIA: <u>DAVIVIENDA</u>		
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: <u>\$3.500.000</u> CUENTA No: <u>0570136070655685</u>		
SALDO RESTANTE: <u>\$000</u>		
FORMA DE PAGO: El municipio de Armenia cancelara al contratista Tres (3) pagos mes vencido vencidos por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE (\$3.500.000), 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.		
PERIODO A PAGAR: <u>05 DE AGOSTO DEL 2024 AL 04 DE SEPTIEMBRE DEL 2024</u>		
No. Planilla de aportes: AGOSTO: <u>9471838393</u>	SOPORTES: 1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.). 2. Informe del contratista: # de folios <u>2</u> 3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios <u>1</u> Otros: <u>planilla del mes de Agosto</u> # de folios <u>1</u> <u>recibo de pago aportes Agosto</u> # de folios <u>1</u> <u>cd Informe de actividades</u> # de folios <u>1</u>	
Pago de Pensión: \$ 228.000		
Pago de Salud: \$ 178.500		
ARP: \$ 34.800		
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: \$ <u>3.500.000</u>		
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ____ PRIMERO ____ SEGUNDO ____ TERCERO <u>X</u> 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.		