	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS Secretaria de Hacienda 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. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
01 10 2024	GONZALO ANDRES BETACOURT MANTILLA	S.D.S 10901

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: Diana Patricia Gonzalez

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.094.892.820

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicios profesionales **No. DEL CONTRATO:** 2024 - 2897

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 27 DE AGOSTO DE 2024 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 26 DE NOVIEBRE DE 2024

CDP: 2024 - 5719 RP 2024- 7095 **Código (Rubro Presupuestal):**10901.2.3.2.02.02.009.4102052.031.91114.034

10901.2.3.2.02.02.009.4102052.032.91114.034

10901.2.3.2.02.02.009.4102052.033.91114.001

VALOR TOTAL: $9.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

CUENTA No: 0550136600212908

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: 3.000.000

SALDO RESTANTE: $6.000.000

FORMA DE PAGO: Tres (03) pagos mensuales vencidos por valor cada uno de TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.000.000), previa verificación del pago de seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas yvisto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia ycontrol. No obstante, al forma de pago prevista, quedará sujeta a al situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC. NOTA: El Ultimo Pago queda supeditado a la entrega de la totalidad.

PERIODO A PAGAR: 27 de Agosto de 2024 al 26 de septiembre de 2024

No. Planilla de aportes: AGOSTO: 31099118	SOPORTES
Pago de Pensión: $ 289.500	**1 Acta de inicio (Solo la primera vez): Un (1) folio** **2. Informe del contratista: (3) folios** **3.Informe del supervisor y/o interventor: Un (1) folio** **4.Autorización de descuento de estampilla: Un (1) folio** **5.Retención de la fuente: Un (1) folio** **6.Planilla de salud y recibo de pago: dos (2) folios** **7.Certificado de supervisor: un (1) folio** **8.Otros: Un (1) CD con las evidencias**
Pago de Salud: $ 226.200	
ARP: $ 9.500	

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: $ Tres millones de pesos moneda legal ($ 3.000.000)

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO __PRIMERO __X__ SEGUNDO __ TERCERO ___ CUARTO __ QUINTO __ SEXTO __ SÉPTIMO___ 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.

Scanned with CamScanner