	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. INFORMACIÓN BÁSICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
07	10	2024	YOHANA YERALDIN CEPEDA AVELLANEDA	11301 DABS

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: YEISON LEANDRO CONTRERAS

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : *1.094.903.690*

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2024-3606

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 06 de Septiembre de 2024 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 04 de Diciembre de 2024

CDP: *2024-6215* **RP:** *2024-7874* **Código (Rubro Presupuestal): 11302.2.1.2.02.02.008.85940-001**

VALOR TOTAL: $ 11.400.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *Banco popular*

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 3.800.000 **CUENTA No:** 500-80547909-0

SALDO RESTANTE: $ 7.600.000

FORMA DE PAGO: El Municipio cancelará mediante tres (3) pagos parciales iguales, cada 30 días calendario equivalentes a TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE. ($3.800.000). M/CTE, previa verificación del cumplimiento de obligaciones por parte del contratista, verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y el visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control.

PERIODO A PAGAR: Del 06 de Septiembre de 2024 al 05 de Octubre de 2024

No. Planilla de aportes:4565057662	SOPORTES:
Pago de Pensión: 243.200	1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.).
Pago de Salud 190.000	2. Informe del contratista: # de folios _____
ARP: 8.000	3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios _____
	4. Otros: _____

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.