CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
13	11	2024	ANDRES ALBERTO CAMPUZANO CASTRO	*10403 Departamento administrativo de Fortalecimiento Institucional*

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: JORGE EDUARDO GOMEZ ARBOLEDA

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.094.914.114

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de servicios Profesionales. **NO. DEL CONTRATO:** 2024-2494

Fecha del Acta de Inicio: 12 de Agosto de 2024
Fecha de Inicio Adición: 12 de Noviembre de 2024

Fecha de Terminación: 11 de Noviembre de 2024
Fecha de Terminación Adición: 20 de Diciembre de 2024

CDP: *2024-4839* **RP:** 2024-6542
CDP ADICION: 2024-7715 **RP ADICION**: 2024-9977

Código (Rubro Presupuestal: 10403.2.1.2.02.02.009.91119-001
Código (Rubro Presupuestal: 10403.2.1.2.02.02.009.91119-001

VALOR CONTRATO: $ 12.000.000
VALOR ADICION: $5.200.000
VALOR TOTAL CON ADICION: $17.200.000

ENTIDAD BANCARIA: *DAVIVIENDA*

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $4.000.000

CUENTA No: *136200077149 AHORROS*

SALDO RESTANTE: $5.200.000

FORMA DE PAGO: Tres (03) pagos iguales mensuales vencidos cada uno por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($4.000.000), previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas, asi como visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control. NOTA: El último pago queda supeditado a la entrega de la totalidad de los archivos y documentos correspondientes a la ejecución contractual cuando haya lugar.

FORMA DE PAGO ADICION: Dos pagos distribuidos de la siguiente manera: UN (01) primer pago mes vencido por valor de **CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($4.000.000),** y un último pago final vencido, por valor de **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.200.000)** correspondiente a los últimos nueve (09) días de ejecución contractual; previa presentación del informe de ejecución de actividades realizadas durante el periodo a pagar, suscrito por la supervisora del contrato y en el que debe constar la acreditación del pago de aportes a la seguridad social, salud, pensión y riesgos laborales por el porcentaje señalado en la Ley.

PERIODO A PAGAR: *Del 12 de Octubre del 2024 al 11 de Noviembre del 2024*

	SOPORTES
No. Planilla de aportes: 9475534854 Planilla Octubre de 2024 **Pago de Salud:** $ 350.000 **Pago de Pensión:** $ 448.000 **ARL:** $14.700	1.Informe del contratista. # de Folios (03). 2. Informe del supervisor y/o interventor. # de folios (01). 3. Otros: certificado seguridad social (01) Folio. 4. comprobante Pago SS. 01 folio 5. Retefuente. 01 Folio 6. CD 7. Descuento de Estampillas. 01 folio.

	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS Secretaría de Hacienda Proceso Gestión Financiera	Código: R-SH-PGF-003 Fecha: 08/10/2021 Versión: 002 Página 2 de 2

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: *$4.000.000*

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO __PRIMERO __ SEGUNDO __ TERCERO __X__ 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".

ANDRES ALBERTO CAMPUZANO CASTRO
SUPERVISOR

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 folladas y archivadas.