CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
03/ 12 / 2024	DIEGO FERNANDO TOBON GIL	110-01 SECRETARIA DESARROLLO ECONOMICO

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: JUAN CARLOS RUEDA COLORADO
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.094.884.714

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO: 2024-2847**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 28/08/2024 **FECHA DE TERMINACION: 27/11/2024**
FECHA DEL ACTA DE INICIO ADICIÓN: 28/11/2024 **FECHA DE TERMINACION ADICIÓN: 20/12/2024**

CDP: 5323 **RP:** 7204 **Código (Rubro Presupuestal): 11001-2.3.2.02.02.009.1708041.063.91119-001**
CDP ADICIÓN: *8643* **RP:** 10845 **Código (Rubro Presupuestal): 11001-2.3.2.02.02.009.1708041.063.91119-001**

VALOR CONTRATO: $ 15.000.000
VALOR ADICIÓN: $ 4.000.000
VALOR TOTAL: $ 19.000.000

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO 3: $5.000.000
SALDO RESTANTE: ***$ 4.000.000***

ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA
CUENTA AHORROS No: 0550136000806408

FORMA DE PAGO: El valor total del presente contrato es de **QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($15.000.000)**, pagaderos de la siguiente forma, se realizarán tres (03) pagos mensuales por valor de **CINCO MILLONES DE ($5.000.000)** cada uno mes vencido. Este pago tendrá lugar previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades y visto bueno por parte del funcionario que ejerce la vigilancia y control.

FORMA DE PAGO DE ADICIÓN: Un pago VEINTITRES (23) DÍAS calendario después de haberse firmado la adición 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 y visto bueno por parte del funcionario de ejercer la vigilancia y control.

PERIODO A PAGAR: 28 DE OCTUBRE AL 27 DE NOVIEMBRE 2024

No. Planilla de aportes: 81365476

$580.500 NOVIEMBRE 2024

Pago de Pensión:	**$320.000** septiembre
Pago de Salud:	**$250.000** septiembre
ARL:	**$10.500** septiembre

SOPORTES:

1. Informe del contratista: 08 de folios + CD
2. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1
3. Otros: Seguridad Social 2, Carta Retención 1, Estampillas 1
4. RP adición 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: **$ 5.000.000**

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"

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.

Escaneado con CamScanner