MUNICIPIO DE ARMENIA	**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
04	12	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:** 20 de Diciembre de 2024

CDP: *2024-6215* **RP:** *2024-7874* **Código (Rubro Presupuestal): 11302.2.1.2.02.02.008.85940-001**
CDP: *2024-7634* **RP:** *2024-11075* **Código (Rubro Presupuestal): 11302.2.1.2.02.02.008.85940-001**

VALOR TOTAL: $ 11.400.000 + **Adición $2.026.666** **ENTIDAD BANCARIA:** *Banco popular*

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

SALDO RESTANTE: $ 2.026.666

FORMA DE PAGO: El Municipio cancelará mediante Tres (03) pagos parciales, cada 30 días calendario por valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($3.800.000 M/cte.) y un pago final por valor de DOS MILLONES VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS MCTE ($2.026.666) correspondientes a 16 dias calendario, previa verificación del pago de la seguridad social, 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: Del 05 de Noviembre de 2024 al 04 de Diciembre de 2024

No. Planilla de aportes:4581159203	SOPORTES: 1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.). 2. Informe del contratista: # de folios _____ 3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios _____ 4. Otros: _____
Pago de Pensión: 244.400	
Pago de Salud 191.000	
ARP: 8.100	

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___ 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.