	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

MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
DIC / 2024	DIEGO FERNANDO RAMÍREZ RESTREPO	10101 Planeación Municipal

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: Carolina Zuluaga Arango

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.094.945.444

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO: 2024-4256 de 2024**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 26/SEPTIEMBRE/2024 **FECHA DE TERMINACIÓN: 19/DICIEMBRE/2024**

CDP: 7005 RP: 8760

Código (Rubro Presupuestal): 10101-2.3.2.02.02.009.4002.16.085.91114-001

VALOR TOTAL: $7.280.000 **ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA**

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $2.080.000 **CUENTA No:** 0550488403005280

SALDO RESTANTE: $0

FORMA DE PAGO: Siete Millones Doscientos Ochenta Mil Pesos M/Cte. ($7,280,000) pagaderos de la siguiente manera; Dos (2) pagos mensuales vencidos por valor de Dos Millones Seiscientos Mil Pesos M/Cte. ($ 2.600.000.oo) y un último pago por valor de Dos Millones Ochenta Mil Pesos M/CT ($2.080.000) por los 24 días restantes previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la supervisión, 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. No obstante la forma de pago prevista, queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC.

PERIODO PARA PAGAR: 26 de noviembre al 19 de diciembre de 2024

No. Planilla de aportes	**9477802572 NOVIEMBRE** **9478772536 DICIEMBRE**
Pago de Pensión:	**$208.000 NOVIEMBRE** **$208.000 DICIEMBRE**
Pago de Salud:	**$162.500 NOVIEMBRE** **$162.500 DICIEMBRE**
ARP:	**$6.800 NOVIEMBRE** **$6.800 DICIEMBRE**

SOPORTES:

1. Acta de inicio (solo la primera vez) folio (0) folio
2. Informe del contratista: dos (2) folios
3. Informe del supervisor y/o interventor: un folio (1) folios
4. Otros: (01) cd con soportes: Descuento estampillas (01) folio, Carta de Retención (01) folio, pago de seguridad social: Seis (6) folios.
5. Certificado de Registro Presupuestal (00) folio

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: $2.080.000

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.