CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
04/03/2025	JULIO CESAR RUIZ LEAL	110-01 Secretaria de Desarrollo Económico

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: CAROLINA QUINTERO PELAEZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : *41.963.222*

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO: 2025-0254**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 03 DE FEBRERO 2025 **FECHA DE TERMINACION:** 02 DE MAYO 2025

CDP: *685* **RP:** *902* **Código (Rubro Presupuestal): 11001-2.3.2.02.02.009.1708041.063-001**

VALOR TOTAL: $9.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *DAVIVIENDA*

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: 3.000.000 **CUENTA DE AHORROS No: 0550136000929184**

SALDO RESTANTE: $*6.000.0000*

FORMA DE PAGO: NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE ($9.000.000)., pagaderos de la siguiente manera, se realizarán tres (03) pagos por valor de **TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.000.000)** mes vencido o fracción calendario, 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. **NOTA:** El 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 A PAGAR: 03/02/2025_AL 02/03/2025

No. Planilla de aportes Febrero 76081999	SOPORTES:
Pago de Pensión: Febrero: $227.800	1. **Informe del contratista: # de folios 09**
Pago de Salud: Febrero: $178.000	2. **Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1**
ARL: Febrero: $7.500	3. **Pago de seguridad social y planillas (3)** 4. **Acta de Inicio (2) Carta de Retefuente: (1) folio** 5. **Autorización de descuento de estampillas: (1) folios** 6. **RP (1) CDP (1) CD (1) Cuenta Bancaria**

Certifico que verifiqué la veracidad de la planilla de aportes a seguridad social que allegó el contratista. Así mismo, de conformidad con la declaración juramentada que el contratista realizó en el informe de ejecución contractual, se realizó la revisión del Ingreso Base de Cotización, y el mismo efectivamente correspondiente al 40% del valor mensualizado de los ingresos por prestación de servicios del contratista.

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: $3.000.000

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.

Powered by CamScanner