CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
14 / 03 / 2025	MARTHA VIRGINIA PAHARO CERON	FINANCIERA SALUD

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: ISABEL CRISTINA MEJIA GARCIA

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : *41.956.629*

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. DEL CONTRATO: 2025 1120

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 13 DE FEBRERO DE 2025 **FECHA DE TERMINACION:** 12 DE MAYO 2025

CDP: *1656* **RP:** *1596* **Código (Rubro Presupuestal):** 11604 - 2.3.2.02.02.009.1906039.061 - 012

VALOR TOTAL: $10.500.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *DAVIVIENDA*

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $3.500.000 **CUENTA No:** 488438335033

SALDO RESTANTE: $7.000.000 **FORMA DE PAGO:** Tres pagos iguales mensuales vencidos por valor de $3.500.000

PERIODO A PAGAR: 13 DE FEBRERO AL 12 DE MARZO

No. Planilla de aportes Febrero: 32854339	SOPORTES:
Pago de Pensión Febrero : $ 228.400	1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.). # de folios (1)
Pago de Salud Febrero : $ 178.500	2. Informe del contratista: # de folios (4)
ARL Febrero: $ 7.600	3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios (1) 4. Otros: Seguridad Social Febrero 2025 # folios (2) Carta de retención Carta descuento Estampilla 1 CD

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: $ 3.500.000 TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/C

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