

**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS**Secretaría de Hacienda Municipal
Proceso 14 Gestión Financiera y Fiscal

Código R-SH-PGF-003

Fecha 17/01/2025

Versión 003

Página 1 de 1

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS**I. INFORMACION BASICA**DIA MES AÑO
21 / 4 / 2025NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
CLAUDIA ROMERO ARANGODEPENDENCIA
SECRETARIA DE SALUD 11604**II. INFORMACION CONTRATO**

NIT DEL MUNICIPIO: 890 000 464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: FRANCELID RAMIREZ BERNATE

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 41914659

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. DEL CONTRATO: 20251169

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 14 DE FEBRERO DEL 2025 FECHA DE TERMINACION: 13 DE MAYO DEL 2025

CDP: 1817 RP: 1717 Código (Rubro Presupuestal): 11604 2 3 2 02 02 009 1903041 044 91122 012

VALOR TOTAL: \$9 900 000 ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$3 300 000 CUENTA No: 0550 136600184560

SALDO RESTANTE: \$3 300 000

FORMA DE PAGO: tres pagos iguales mensuales vencidos por valor de (\$3.300.000) tres millones trescientos mil pesos previa verificación del pago de seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del encargado de ejercer la vigilancia y el control

PERIODO A PAGAR: MARZO 14 A ABRIL 13 DEL 2025

No. Planilla de aportes: 8635549339

SOPORTES:

Pago de Pensión MARZO : \$ 227 800

Pago de Salud MARZO : \$ 178 000

ARL MARZO : \$ 7 500

1. Informe del contratista # de folios
2. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1
3. Autorización descuento de estampillas
4. Carta retención en la fuente
5. Otros planilla de pago seguridad Social y recibo de pago

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 33.33% 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: \$ 3 300 000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO___ PRIMERO___ 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.

Cr 16 No. 15-28, Armenia Quindío - CAM Piso Ppal. - Código Postal 630004
Correo Electrónico: hacienda@armenia.gov.co