CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
15 / 9 / 2025	CLAUDIA ROMERO ARANGO	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: 20253285**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 14 DE AGOSTO DEL 2025 **FECHA DE TERMINACION: 13 DE NOVIEMBRE DEL 2025**

CDP: *7188* **RP:** *8189* **Código (Rubro Presupuestal):** 11604 2.3.2.02.02.009.1903041.044.91122-001

VALOR TOTAL: $9.900.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *DAVIVIENDA*

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $3.300.000 **CUENTA No:** *0550 136600184560*

SALDO RESTANTE: *$6.600.000*

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: ***AGOSTO 14 A SEPTIEMBRE 13 DEL 2025***

No. Planilla de aportes: **8637842654**	SOPORTES: 1. Informe del contratista: # de folios 3 2. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1 3. Autorización descuento de estampillas 4. Carta retención en la fuente 5. Otros: Rp, planilla de pago seguridad Social y recibo de pago, pantallazo del registro en el secop y CD con evidencias
Pago de Pensión AGOSTO: $ 129.100	
Pago de Salud AGOSTO: $ 100.900	
ARL AGOSTO: $ 4.300	

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__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 secretaría, debidamente foliadas y archivadas.

Powered by CamScanner