CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
23 / 09 / 2025	CRISTIAN ANDRES MUÑOZ CASTRILLON	11302-DABS

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: **WILSON GUTIERREZ FRANCO**

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : *9.809.761*

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2025-1900

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 22 DE MAYO DE 2025 **FECHA DE TERMINACION:** 04 DE OCTUBRE DE 2025

CDP: 4051 **RP:** 5167 **Código (Rubro Presupuestal):** 11301-2.3.2.02.02.008-4599028083-034
CDP ADICION:7333 **RP ADICION**:8359 **Código (Rubro Presupuestal) adicion:** 11301-2.3.2.02.02.008-4599028.083-001

VALOR TOTAL: 10.500.000 **+ 5.250.000 = 15.750.000** **ENTIDAD BANCARIA:** *DAVIVIENDA*

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: 3.500.000 **CUENTA No:** *488416446711*

SALDO RESTANTE: 1.750.000

FORMA DE PAGO: El Municipio cancelará mediante cuatro (04) pagos, parciales cada 30 días calendario por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 3.500.000), y un pago final por valor de UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.750.000) correspondiente a 15 días calendario. 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 vigilancia y control.

PERIODO A PAGAR: 20 DE AGOSTO AL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2025

No. Planilla de aportes:
AGOSTO: 9490935953

Pago de Pensión: AGOSTO: $458.500
Pago de Salud: AGOSTO: $358.200
ARL: AGOSTO: $69.900

SOPORTES:

1. Informe del contratista: dos (2) folios por ambas caras
2. Informe del supervisor y/o interventor: UN (1) folio
3. Otros: Soporte de pago de seguridad social: (3 FOLIOS)

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
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO___ SEGUNDO___ TERCERO___ CUARTO__X_ 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.

Shalom + Bancos S.
24109.

Scanned with CamScanner