CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
02 / 02 / 2026	CLAUDIA ROMERO ARANGO	SECRETARIA DE SALUD 11604

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 89.005.849

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2025-4752

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 09 DE DICIEMBRE DEL 2025 **FECHA DE TERMINACION:** 27 DE ABRIL DEL 2026

CDP: 10526 **RP:** 13055 **Código (Rubro Presupuestal):** 11604-2.3.2.02.02.009.1906022.042-001
CDP: 00024 **RP:** 00006 **Código (Rubro Presupuestal):** 11604-2.3.2.02.02.009.1906022.042-012

VALOR TOTAL: $17.733.333 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 3.800.000 **CUENTA No:** 0570136070655685

SALDO RESTANTE: $ 11.020.000

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato asciende a la suma de DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS M/CTE ($ 17.733.333). pagaderos de la siguiente de manera: un (01) primer pago equivalente a veintitrés (23) días por valor de DOS MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MCTE ($ 2.913.333); para la vigencia 2026, se cancelara tres (3) pagos mensuales mes vencido por valor de TRES MILLONES OCHOSIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 3.800.000) cada uno y un último pago, equivalente a veintisiete (27) DIAS, por valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE ($3.420.000), 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: 01 DE ENERO DEL 2026 AL 31 DE ENERO DEL 2026

No. Planilla de aportes DICIDEMBRE: 9495980826	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 273.400	1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.) 2. Informe del contratista: # de folios 2 3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1
Pago de Salud: $ 213.600	4. Otros: Planilla del mes de diciembre
ARL: $ 41.700	Recibo de pago aportes diciembre CD informe de actividades

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: **$ 3.800.000**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO__ SEGUNDO_X__ 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