CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CO NTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
16 / 06 / 2026	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: 8907116**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 16 DE ENERO DEL 2026 **FECHA DE TERMINACION: 15 DE JULIO DEL 2026**

CDP: *01451* RP: *01065* **Código (Rubro Presupuestal): 11604 2.3.2.02.02.009.1903041.044-012**
CDP Adición: **4385** RP Adición: **04191** **Código (Rubro Presupuestal) Adición: 11604 2.3.2.02.02.009.1903041.044-012**

VALOR TOTAL: $19.800.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *DAVIVIENDA*

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

SALDO RESTANTE: *$3.300.000*

FORMA DE PAGO: seis (6) pagos iguales **por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($3.300.000 M/cte.), previa verificación del pago de 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*: MAYO 16 A JUNIO 15 DEL 2026*

No. Planilla de aportes: 37402448	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: planilla de pago seguridad Social y recibo de pago, CD con evidencias
Pago de Pensión MAYO: $280.200	
Pago de Salud MAYO: $218.900	
ARL MAYO: $42.700	

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 50% 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_X__ 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