CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
03 / 08 / 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: 9608099**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 01 DE JULIO DEL 2026 **FECHA DE TERMINACION: 01 DE OCTUBRE DEL 2026**

CDP: 05641 **RP: 06586** **Código (Rubro Presupuestal): 11604-2.3.2.02.02.009.1906039.061 -940**

VALOR TOTAL: $11.400.000 **ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA**

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

SALDO RESTANTE: $ 7.600.000

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato asciende a la suma de ONCE MILLONES CUATROCINTOS MIL PESOS M/CTE ($11.400.000), pagaderos de la siguiente manera: Tres (03) Pagos Iguales mensuales Vencidos por valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 3.800.000), 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 vigilancia y control.

PERIODO A PAGAR: 01 DE JULIO DEL 2026 AL 31 DE JULIO DEL 2026

No. Planilla de aportes JUNIO: 9506886071	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 282.900	1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.) 2. Informe del contratista: # de folios 3 3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1
Pago de Salud: $ 221.000	4. Otros: Planilla del mes de junio
ARL: $ 43.200	Recibo de pago aportes junio 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_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 secretaria, debidamente foliadas y archivadas.

Powered by CamScanner