CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
22	04	2025	YOHANA YERALDIN CEPEDA AVELLANEDA	11301 DABS

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:YEISON LEANDRO CONTRERAS

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : *1.094.903.690*

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2025-044

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 21 de Enero de 2025 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 03 de Junio de 2025

CDP: *2025-289* **RP:** *2025-293* **Código (Rubro Presupuestal): 11302.2.1.2.02.02.008.85940-001**
CDP A:2025-2760 RP A:2025-3188
VALOR TOTAL: $ 11.400.000+adicion $ 5.700.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *Banco Popular*

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 3.800.000 **CUENTA No:** 500-80547909-0

SALDO RESTANTE: $ 5.700.000

FORMA DE PAGO: El Municipio cancelará mediante cuatro (4) pagos parciales iguales, cada 30 días calendario equivalentes a TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE. ($3.800.000). M/CTE y un pago final por valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 1.900.000) correspondiente a 15 días calendario previa verificación del cumplimiento de obligaciones por parte del contratista, verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y el visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control.

PERIODO A PAGAR: Del 21 de marzo de 2025 al 19 de abril de 2025

No. Planilla de aportes: 45994994905	SOPORTES:
Pago de Pensión: 416.000	1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.)
Pago de Salud:325.000	2. Informe del contratista: # de folios _____
ARP: 13.600	3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios _____ 4. Otros: _____

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___ TERCERO_X__ 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.