

	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS Secretaria de Hacienda Municipal Proceso 14. Gestión Financiera y Fiscal	Código: R-SH-PGF-003
		Fecha: 17/01/2025
		Versión: 003
		Página 1 de 1

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS		
I. INFORMACION BASICA		
DIA MES AÑO 18 06 2025	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR JENNY GOMEZ BETANCOURTH	DEPENDENCIA 109-01 SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL
II. INFORMACION CONTRATO		
NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3		
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: JULIAN ERNESTO MURILLAS BEDOYA		
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 18.460.103 de Quimbaya Quindío		
CLASE O TIPO DE CONTRATO: _ PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. DEL CONTRATO: 2025-513		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:_ 03 de febrero del 2025 FECHA DE TERMINACION: 17 de junio el 2025		
CDP: 876 RP: 884 Código (Rubro Presupuestal): 10901-2.3.2.02.02.009.4104027.039-034		
CDP ADICION: 2927 RP ADICION 3940 Código (Rubro Presupuestal): ADICION 10901-2.3.2.02.02.009.4104027.039-034		
VALOR TOTAL: \$ 18.000.000 ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA CTA AHORROS		
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$2.000.000 CUENTA No: 000523621670		
SALDO RESTANTE: \$ 00		
FORMA DE PAGO: Cuatro (04) pagos iguales mensuales mes vencido, cada uno por: un valor de CUATRO MILLONES DE PESOS MICTE (\$4.000.000) y un último pago por 15 días por un valor de DOS MILLONES DE PESOS MCTE (\$ 2.000.000)		
PERIODO A PAGAR: Del 03 de junio al 17 de junio de 2025		
No. Planilla de aportes: 7970823608	SOPORTES: 1. Informe del contratista: 2. Informe del supervisor y/o interventor 3. Carta de retención 4. Formato descuento de estampillas 5. Pago seguridad social – recibo 6. Recaudo de estampillas	
Pago de Pensión: \$ 602.500		
Pago de Salud: \$ 470.700		
ARL \$ 19.800		
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: \$ DOS MILLONES DE PESOS (\$2.000.000) MICTE		
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.		

