



CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

Secretaría 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
08 / 07 / 2025

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
CRISTIAN ANDRES MUÑOZ CASTRILLON

DEPENDENCIA
11301 DABS

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: CHRISTIAN CAMILO CRUZ GOMEZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 9 774361

CLASE O TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION.
NO. DEL CONTRATO: 2025 - 1769

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 10 DE ABRIL DE 2025

FECHA DE TERMINACION: 08 DE JULIO DE 2025

CDP: 2025 DEL 03 DE ABRIL DE 2025 RP: 3198
Código (Subpro Presupuestal): 11302-2.1.2.02.02.008-001

VALOR TOTAL: \$6.000.000.00

ENTIDAD BANCARIA: BANCO DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$2.000.000.00 ✓

CUENTA No: 0550488447686087

SALDO RESTANTE: \$00 ✓

FORMA DE PAGO: Tres pagos parciales iguales, cada 30 días calendario por valor de dos millones ochocientos mil pesos (\$2.000.000) 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: DEL 09 DE JUNIO DE 2025 AL 08 DE JULIO DE 2025. ✓

No. Planilla de aportes : 8636076365
No. Planilla de aportes : 8636730640

SOPORTES:

Pago de Pensión: \$ 227.800
Pago de Pensión: \$ 227.800

1. Informe del contratista: # de folios 6
2. Informe del supervisor y/o interventor: 1
3. Certificado de cuenta bancaria: 1
4. Pago de seguridad social: 7
5. Otro: CD 1

Pago de Salud: \$ 178.000
Pago de Salud: \$ 178.000

ARL: \$ 28.500
ARL: \$ 28.500

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: \$ 2.000.000.00 ✓

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ 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 secretaría, debidamente foliadas y archivadas.

BUENOS DIAS
08/07