



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
26/ 08/ 2025

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
CARLOS ARTURO RAMIREZ HINCAPIE

DEPENDENCIA
10301

SECRETARIA DE GOBIERNO Y CONVIVENCIA

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MARIANA ECHEVERRI PALACIO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : C.C. 1.037.610.028 de Medellín, Antioquia

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. DEL CONTRATO: 2025-2562

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 28-07-2025 FECHA DE TERMINACION: 10-09-2025

CDP: 5909 RP: 7055 Código (Rubro Presupuestal): 10301-2.3.2.02.02.009.4501081.026.91119-034

VALOR TOTAL: \$ 4.500.000

ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: 3.000.000 CUENTA No: 488417607329

SALDO RESTANTE: \$ 1.500.000

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato asciende a la suma de **CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE (\$ 4.500.000)**, el cual se pagará al contratista el valor del contrato de la siguiente manera: Un pago por treinta 30 días por valor de **TRES MILLONES DE PESOS M/CTE (\$3.000.000)** y un último pago por valor de **UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 1.500.00)**, 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 28 de julio al 26 de agosto del 2025

No. Planilla de aportes: AGOSTO: 34186167

SOPORTES:

Pago de Pensión: \$ 227.800

Pago de Salud: \$ 178.000

ARL: \$ 7.500

1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.).
2. Informe del contratista: 4 folios
3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1
4. Otros: 1 CD con evidencias
5. Seguridad social: 2 folios
6. Retención en la fuente: 1
7. Descuento de estampillas: 2
8. RP 9: 1

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: **\$ 3.000.000**

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.