CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
02 / 09 / 2025	DIEGO FERNANDO TOBON GIL	**110-01** **SECRETARIA DESARROLLO ECONOMICO**

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: JUAN CARLOS RUEDA COLORADO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.094.884.714

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2025-2767
FECHA DEL ACTA DE INICIO: 31/07/2025 **FECHA DE TERMINACION:** 30/10/2025

CDP: 6330 **RP: 7436** **Código (Rubro Presupuestal): 11001-2.3.2.02.02.009.1708041.063 -001**

VALOR TOTAL: 15.000.000

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO 1: $5.000.000
SALDO RESTANTE: *$ 10.000.000*

ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA
CUENTA AHORROS No: 0550136000806408

FORMA DE PAGO: El valor total del presente contrato es de QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($15.000.000), Tres (03) Pago (s) mes vencido (s) por valor de CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($5.000.000), 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. NOTA: El último pago queda supeditado a la entrega de la totalidad de los archivos y documentos correspondientes a la ejecución contractual cuando haya lugar. No obstante, la forma de pago prevista, queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC.

PERIODO A PAGAR*: 31 de julio al 30 de agosto de 2025.*

No. Planilla de aportes: 89309896 **$14.300 Julio**	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 7.800	1. Acta de Inicio: 02 folio
Pago de Salud: $ 6.100	2. Informe del contratista: 04 folios + CD
ARL: $ 400	3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1 4. Otros: Seguridad Social 2, Carta Retención 1, Estampillas 1 RP 2 CDP 1 Certificado bancario 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: **$ 5.000.000**

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.