CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
12 / 09 / 2025	CLAUDIA ROMERO ARANGO	SECRETARIA DE SALUD 11604

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : **89.005.849**

CLASE O TIPO DE CONTRATO: **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES** **NO. DEL CONTRATO:** **2025-1984**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: **12 DE JUNIO DEL 2025** **FECHA DE TERMINACION:** **11 DE SEPTIEMBRE DE 2025**

CDP: ***5000*** **RP:** **5819** **Código (Rubro Presupuestal):** 11604-2.3.2.02.02.009.1906022.042.91122-012

VALOR TOTAL: $10.500.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *DAVIVIENDA*

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: **$3.500.000** **CUENTA No:** **0570136070655685**

SALDO RESTANTE: ***$ 0***

FORMA DE PAGO: TRES (03) Pago (s) IGUALES MENSUALES vencido (s) por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 3.500.000), 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: 12 DE AGOSTO DEL 2025 AL 11 DE SEPTIEMBRE DEL 2025

No. Planilla de aportes AGOSTO: 9490830947	SOPORTES: 1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.). 2. Informe del contratista: # de folios ___2_____ 3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios _1____ 4. Otros: Retención en la fuente Descuento de estampillas seguridad social CD con evidencias
Pago de Pensión: $ 229.400	
Pago de Salud: $ 179.200	
ARL: $ 35.000	

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: **$ 3.500.000**

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.