CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
15 / 10 / 2025	VICTOR HUGO GONZALEZ GIRALDO	PLANEACION MUNICIPAL

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: JAIME ALBERTO CASTRO SALAZAR

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 89004596

CLASE O TIPO DE CONTRATO: DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 1510 ADICION

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 05/03/2025 **FECHA DE TERMINACION:** 19/07/2025

CDP: 1864 / 4814 **RP:** 2355 / 5616 **Código (Rubro Presupuestal):** 10101 - 2.3.2.02.02.009.4002020.085 – 034
10101 - 2.3.2.02.02.009.4002020.085 – 001 ADICION

VALOR TOTAL: $13'500,000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $3'000,000 **CUENTA No:** 136700040316

SALDO RESTANTE: $4'500,000

FORMA DE PAGO: Cuatro (4) pagos mensuales vencidos por valor de TRES MILLONES DE PESOS M/Cte. ($3.000.000) y un último pago por 15 días por valor de Un Millón Quinientos Mil Pesos M/Cte. ($1.500.000); 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 supervisión, vigilancia y control.

PERIODO A PAGAR: 05 DE MAYO AL 04 DE JUNIO 2025

No. Planilla de aportes: 7973745101	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 294800	1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.). 2. Informe del contratista: # de folios 2
Pago de Salud: $ 230300	3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios1
ARL: $ 9800	4. Otros:

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 contraidas con el Contratante. Por lo tanto, autorizo el pago por valor de: $ 3'000,000

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".

CONTRATACIÓ
PLANEACION
2025 OCT. 21

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.