CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
23 / 10 / 2025	CRISTIAN CAMILO ECHEVERRY GARCIA	SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MIGUEL ANDRES TEJADA

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 18.399.810

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN NO. DEL CONTRATO 2025-2734

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 31 DE JULIO 2025 **FECHA DE TERMINACION: 30 DE OCTUBRE DEL 2025**

CDP: 6359 **RP: 7455** **Código (Rubro Presupuestal): 11001-2.3.2.02.02.009.3502019.064-001**

VALOR CONTRATO: $ 11.400.000 **ENTIDAD BANCARIA: BANCOLOMBIA**

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 3.800.000 **CUENTA DE AHORROS No: 778-906310-99**

SALDO RESTANTE: $ 3.800.000

FORMA DE PAGO: El pago del contrato a celebrar tendrá lugar de la siguiente manera: Se realizarán tres (3) pagos Así Se realizará un (1) Pago mensual por valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.800.000) cada uno mes vencido o fracción calendario, previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades y visto bueno por parte del funcionario de ejercer la vigilancia y control. NOTA: El 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 Agosto del 2025 al 30 de Septiembre del 2025

No. Planilla de aportes Agosto: 8638564839 Septiembre 8638577859	SOPORTES: 1. Informe del contratista: # de folios (4). 2. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios (1) 3. Otros: CD con evidencias (1), carta de retención en la fuente (1), descuento de estampillas (2), Planillas seguridad social (2),
Pago de Pensión Agosto: $ 234.800 Septiembre $ 230.600	
Pago de Salud Agosto: $ 183.500 Septiembre $180.200	
ARL Agosto: $ 7.800 Septiembre $7.600	

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: $ 3.800.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO__ SEGUNDO__X_ 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".

Cristian Camilo E

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.