

**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS**Secretaría 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
13/11/2025NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
ISABEL CRISTINA ORTIZ CORTESDEPENDENCIA
SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA 106.01**II. INFORMACION CONTRATO**

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: DANIEL JARAMILLO GOMEZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 18.402.058

CLASE O TIPO DE CONTRATO: CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

NO. DEL CONTRATO: 2025-2837

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 04 de agosto de 2025

FECHA DE TERMINACION: 03 de noviembre de 2025

CDP: 2025-5928

RP: 2025-7616

Código (Rubro Presupuestal): 10601-2.3.2.02.02.008.2402118.072.001

VALOR TOTAL: \$10.500.000

ENTIDAD BANCARIA: BANCOLOMBIA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$3.500.000

CUENTA No: 77853224807

SALDO RESTANTE: \$0

FORMA DE PAGO: Se cancelará mediante tres (3) pagos mes vencido por valor hasta de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE (\$3.500.000) cada uno) 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: del 04 OCTUBRE de 2025 al 03 NOVIEMBRE de 2025

No. Planilla de aportes: 91066936

SOPORTES:

Pago de Pensión: \$227.800

1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.).

2. Informe del contratista: # de folios 3 folios

Pago de Salud: \$178.000

3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1

ARL: \$34.700

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 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
ISABEL CRISTINA ORTIZ CORTES

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 secretaría, debidamente foliadas y archivadas.

Cr 16 No. 15-28, Armenia Quindío – CAM Piso Ppal. – Código Postal.630004
Correo Electrónico: hacienda@armenia.gov.co