

**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS**Secretaría de Hacienda Municipal
Proceso Gestión Financiera

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
01 12 2025

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

MATEO GIRALDO ZAPATA

DEPENDENCIA

108-01 secretaria de tránsito y
Transporte de armenia**II. INFORMACION CONTRATO**

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: JUAN CARLOS HOYOS TRUJILLO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 18.498.082

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION

NO. DEL CONTRATO: 2025-2624

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 01 de Agosto. del 2025 FECHA DE TERMINACION: 15 de Diciembre del 2025

CDP: 6334 RP: 7119 Código (Rubro Presupuestal): 10801.2.3.2.02.02.009.4599031.076.91119.001

CDP.9100 Adición RP:10832 Adición (Rubro Presupuestal) : 10801.2.3.2.02.02.009.4599031.076.91119.001

VALOR TOTAL: \$ 9.450.000 ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$2.100.000 CUENTA No: 136670070640

SALDO RESTANTE: \$1.050.000 FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato, asciende a la suma de Nueve millones cuatrocientos cincuenta mil pesos Moneda Legal Corriente (\$9.450.000,00 M/cte) pesos M/cte pagaderos de la siguiente manera: realizará cuatro (4) pago por valor de dos millones cien mil Pesos Moneda Legal Corriente (\$ 2.100.000) y un quinto pago(5) por quince días(15) por valor de un millón cincuenta mil (1.050.000) pesos Moneda legal corriente pagaderos de manera mensual o mes vencido o fracción calendario , previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y de contar con el visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la supervisión de la ejecución del contrato

PERIODO A PAGAR: del 01 de Noviembre al 30 de Noviembre del 2025

NO. PLANILLA DE APORTES :

Planilla: Noviembre. 2025 9494149146 \$ 413.300

SOPORTES:

Pago Pensión : Noviembre. 2025 \$ 227.800

Pago salud : Noviembre. 2025 \$ 178.000

ARL: Noviembre.. 2025 \$ 7.500

Acta de inicio: (solo la 1ra vez).

Informe del contratista- # de folios UNO (1) FOLIO

Informe del supervisor y/o interventor: 1 de folio

Planilla pago salud de 01 de Noviembre. Al 31 Noviembre. de 2025

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: \$ 2.100.000 M/cte.

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ☐ PRIMERO ☐ SEGUNDO ☐ TERCERO ☐ CUARTO ☒ QUINTO ☐ SEXTO 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.