CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISO R Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
01/12/2025	NICOLAS MARTINEZ SANCLEMENTE	111-01 SECRETARIA DE HACIENDA

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MARIA ALEJANDRA GARZÓN ORTIZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.094.930.101 DE ARMENIA

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN **NO. DEL CONTRATO:** 2025-3586
FECHA DEL ACTA DE INICIO: 02 DE SEPTIEMBRE DEL 2025 **FECHA DE TERMINACION:** 15 DE DICIEMBRE DE 2025

CDP: 7611 **RP:** 8926
CDP: 10186 RP:12642

Código (Rubro Presupuestal): 11103-2.3.2.02.02.009.4599025.079.91113-001
Código (Rubro Presupuestal): 11103-2.3.2.02.02.009.4599025.079 -001

VALOR TOTAL: $ 3.750.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA AHORROS

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 2.500.000 **CUENTA No:** 0550488447325686
SALDO RESTANTE: $ 1.250.000

FORMA DE PAGO: Tres (03) pagos iguales vencidos cada treinta días por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (2.500.000), y un pago de quince (15) días por valor de UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M7CTE (1.250.000) 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 vigilancia y control

PERIODO A PAGAR: **DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2025 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025.**

No. Planilla de aportes: NOVIEMBRE 81983190

Pago de Pensión: $ 227.800

Pago de Salud: $ 178.000

ARP: $ 7.500

SOPORTES:

1.Informe del contratista: 4 folios
2.Informe del supervisor y/o interventor: 1 folio
3.Otros documentos: 4 folios

Certifico que verifique 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 $ 2.500.000

QUE CORRESPONDE A: PRIMERO__SEGUNDO__TERCERO X CUARTO__QUINTO__ SEXTO__
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.

Contrato No.	2025-3586		
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN LO RELACIONADO CON LAS ACTIVIDADES DE ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL Y DE ARCHIVO EN LA SECRETARIA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE ARMENIA.		
Valor total	$8.750.000	**Reg. Presupuestal No.**	2025-8926 2025-12642
Contratista	MARIA ALEJANDRA GARZON ORTIZ		
Supervisor	NICOLAS MARTINEZ SANCLEMENTE		
Fecha de Inicio	02 de septiembre 2025		
Fecha de terminación	15 de diciembre 2025		
Plazo de Ejecución	Ciento cinco (105) días.		
Forma de Pago	*Tres (03) pagos iguales vencidos cada treinta días por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000), y un pago de quince (15) días por valor de UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($ 1.250.000) 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 vigilancia y control.*		

FECHA DEL ACTA PARCIAL 003	**Año**	**Mes**	**Día**
	2025	12	01

En la ciudad de Armenia Q., en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No. 003 del contrato antes identificado y autorizar su correspondiente pago.

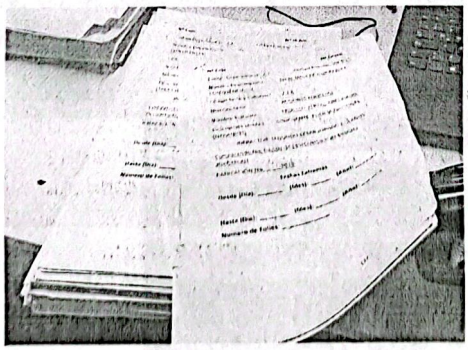
Periodo informado

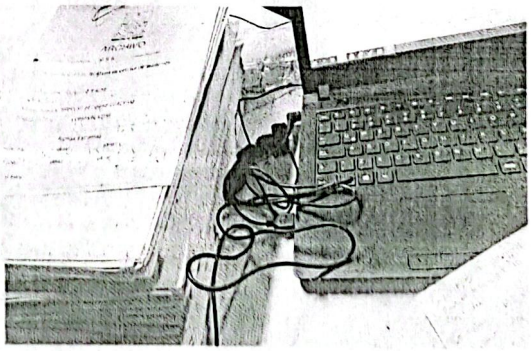
DEL 01 DE NOVIEMBRE DEL 2025 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2025

Actividades Desarrolladas

Actividades específicas:

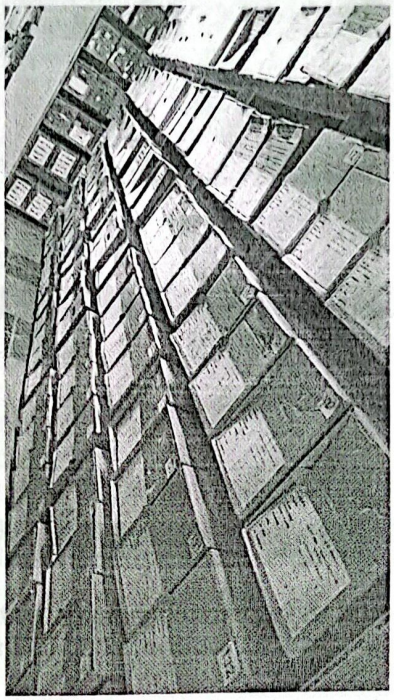
1. **Apoyar mediante la asistencia técnica, en la clasificación, revisión y consolidación de los procesos que le sean asignados por la parte del supervisor que requieran ser ordenados bajo la norma interna de la ley de archivo**
   - Se realizó la organización, clasificación y consolidación de 1.068 expedientes de comparendos. Siguiendo el proceso archivístico desde el comparendo 18.101 hasta el 19.168.
   - Total 6 cajas organizadas (105-111)

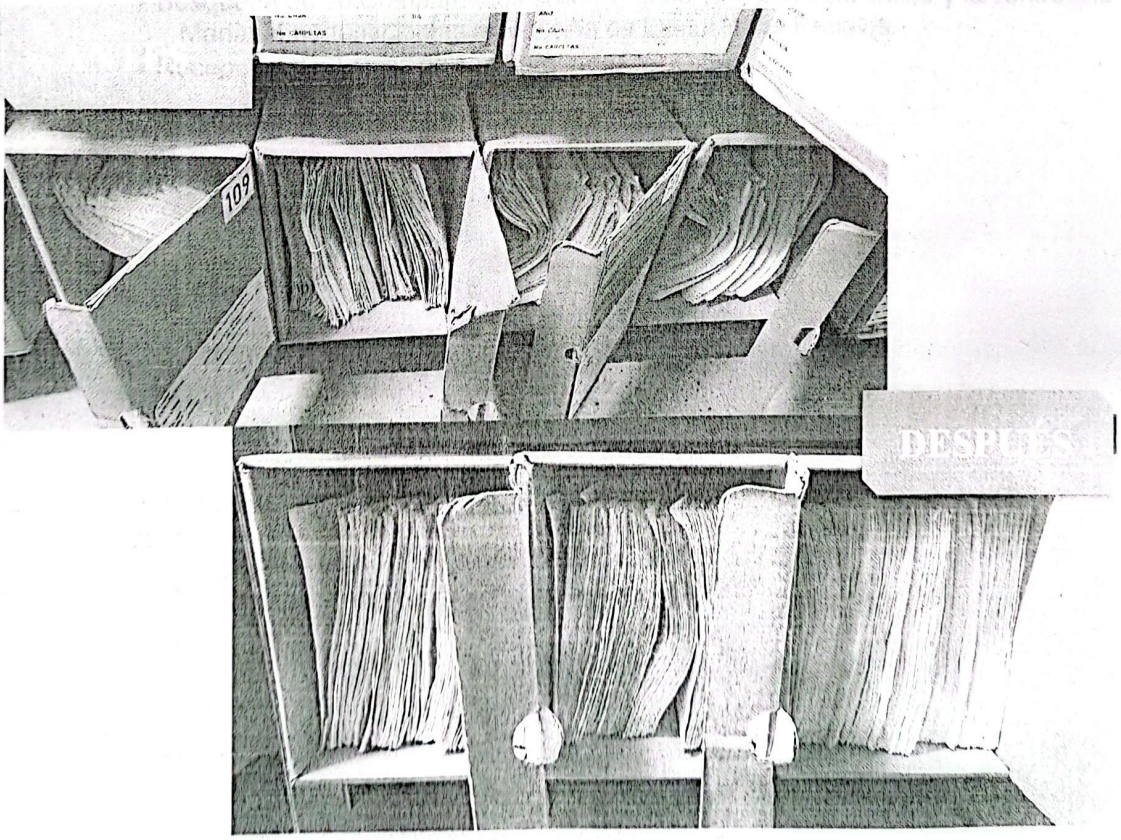




2. **Apoyar en la organización de la unidad documental Correspondientes a los procesos que se le sea asignados de acuerdo a los lineamos establecidos por Ley general de Archivo Ley 594 del 2000.**

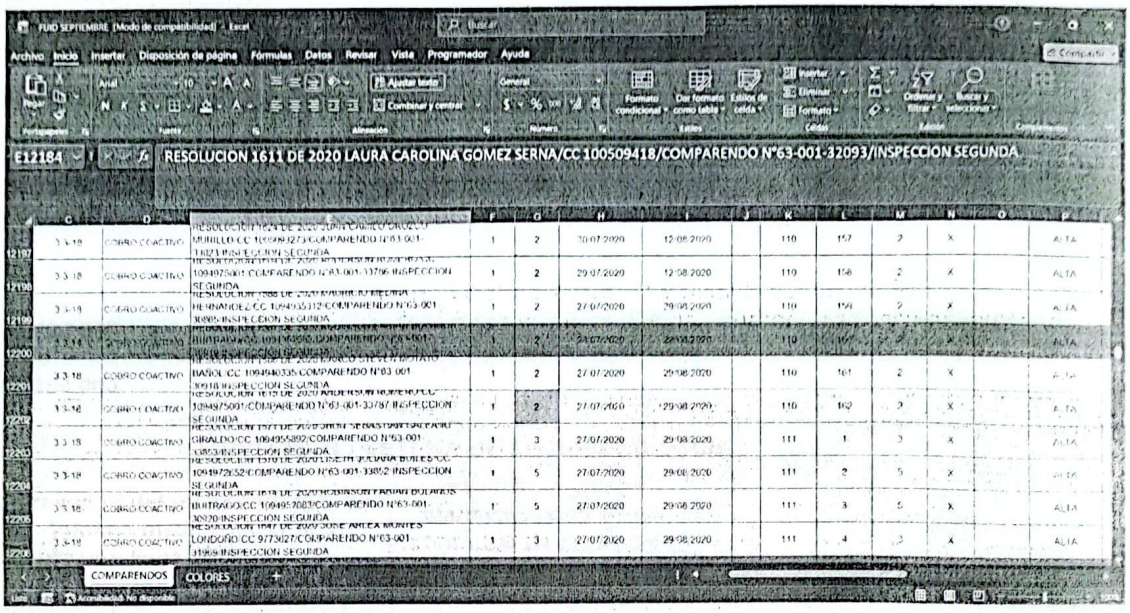
- Cambio de cajas en mal estado, ganchos legajadores, retiro de grapas, carátulas con información errónea de cada expediente, carpetas rotas.
- Se realizó el cambio de 141 rótulos de cajas del archivo de comparendos.





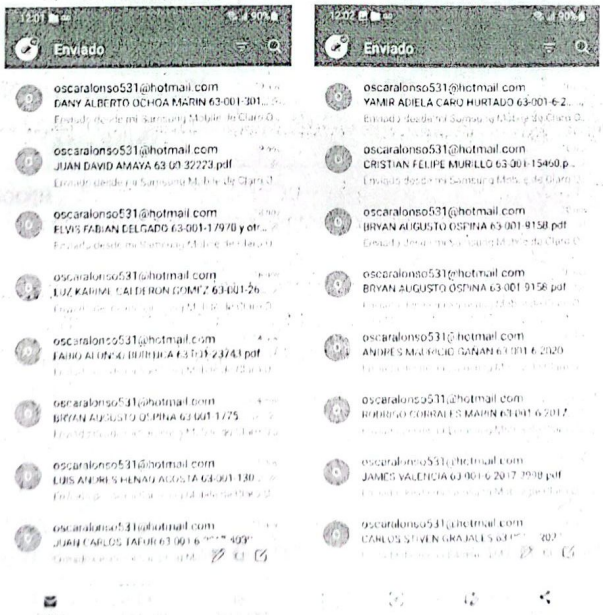
3. **Apoyar en la actualización constante del FUID y realizar entrega del mismo al finalizar el contrato**

   - Durante este periodo se realizó la creación y actualización del FUID COMPARENDOS de diferentes vigencias de acuerdo al avance del proceso archivístico.



4. **Apoyar en las actividades asignadas por el Supervisor o quien haga sus veces relacionadas con el objeto contractual**

   - Búsqueda de 60 Comparendos solicitados por el contratista Oscar y la contratista Mariana, pertenecientes a la oficina de Ejecuciones Fiscales.
   - Recepción de 3 cajas de comparendos.



Evidencias de la ejecución del contrato	N/A

ESTADO DE CUENTA

Valor Contrato	**$8.750.000**
Anticipo (Si lo hay)	**$0**
Valor Acta No 1	**$2.500.000**
Valor Acta No 2	**$2.500.000**
Valor Acta No 3	**$2.500.000**
Valor a pagar en la presente Acta No 03	**$2.500.000**
Saldo (Valor pendiente para pago)	**$1.250.000**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Declaro bajo la gravedad del juramento que SI (____) NO (__X__) poseo otros contratos de prestación de servicios vigentes		**Valor de ingresos mensualizados de los contratos de prestación de servicios**	$2.500.000
VALOR DEL IBC (40% del valor de ingresos mensualizados de los contratos de prestación de servicios vigentes)		$1.423.500	
Entidad en donde se realiza el pago.	ENLACE OPERATIVO	**Valor total del aporte**	$413.300
Recibo No.	**81983190**	**Salud**	$178.000
Periodo cotizado	**De: 01 de noviembre de 2025**	**Pensión**	$227.800
	Hasta: 30 de noviembre de 2025	**ARP**	$7.500

ANEXOS:	*Marque con x*
Recibo de pago de seguridad social	X
Copias planillas de aporte	X
Otros	X

OBSERVACIONES: (Este espacio es para que el Supervisor (a) realice las anotaciones del caso, respecto del avance de ejecución del contrato, y en general, todas aquellas que pretenda hacer valer respecto del cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista).

Firma	Alejandra Garzón	
Nombre	**MARIA ALEJANDRA GARZON ORTIZ**	**NICOLAS MARTINEZ SANCLEMENTE**
	Contratista	**Supervisor**

Armenia, diciembre de 2025

Señores
Secretaria de Hacienda Municipal
Área Contabilidad
Alcaldía de Armenia

Asunto: Retención en la fuente Contrato de Prestación de Servicios (Apoyo a la Gestión)

NOMBRE COMPLETO:	MARIA ALEJANDRA GARZON ORTIZ
IDENTIFICACION:	1.094.930.101
CONTRATO No.	2025-3586
VALOR DEL CONTRATO:	8.750.000
VALOR PRESENTE PAGO:	2.500.000

Para la aplicación de la retención en la fuente, manifiesto, bajo la gravedad de juramento, lo siguiente:

1. Declaro que, conforme a los ingresos recibidos a mi nombre, durante la vigencia fiscal 2024, SI___ **NO X**, soy declarante de impuesto de renta.

2. Para efectos de la declaración de renta del año gravable 2025, **NO X SI** ___ tomaré costos y deducciones asociadas a esta renta, conforme a los establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.24.1.17 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, modificado por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023.

3. Igualmente informo que para el año fiscal 2025 **SI** ___ **NO** X tomaré, además, las deducciones permitidas del 25% como renta exenta.

NOTA 1: Quienes manifiesten no tomar costos ni deducciones y opten por tomar la deducción del 25%, se les aplicara la tabla del Art. 383. E.T.

NOTA 2: Quienes manifiesten NO ser declarantes de renta y/o certifiquen que sí se van a tomar costos y deducciones de la presente renta y tienen las bases para retener, se les aplicará las tarifas de los artículos 392 y 401 del E.T.

Cordialmente,

Alejandra Garzón

Maria Alejandra Garzón Ortiz
CC 1.094.930.101
aleja3358@hotmail.com

	AUTORIZACIÓN DESCUENTO DE ESTAMPILLAS	Código: R-SH-PGF-005
MUNICIPIO DE ARMENIA	Secretaria de Hacienda Municipal Proceso Gestión Financiera	Fecha: 28/09/2021 Versión: 001 Página: 1 de 1

Ciudad y fecha: Armenia, 01 de diciembre 2025

Señores
Secretaria de Hacienda
Municipio de Armenia

Asunto: Autorización Descuento de Estampillas

Nombre y Apellido: Maria Alejandra Garzón Ortiz Cédula: 1.094.930.101

Dirección: B/Manuela Beltrán Mz O Cs 15 Teléfono: 3206459494

Manifiesto, que es mi voluntad autorizar al Municipio de Armenia para que realice los respectivos descuentos por concepto de estampillas:

☐ Pro-desarrollo ■ Pro-hospital ■ Pro-cultura ■ Pro-bienestar del adulto mayor

Que se lleguen a causar con ocasión del contrato de:

■ Prestación de Servicios Apoyo a la Gestión ☐ Prestación de Servicios Profesionales

☐ Contratos de Obra ☐ Contratos de Consultoría

☐ Compra Venta y/o Suministros ☐ Proveedor

☐ Otro

Especificar cual: _____

Atentamente;

Alejandra Garzón
MARIA ALEJANDRA GARZON ORTIZ
C.C. 1.094.930.101

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-30, 04:29:53 P.M. Tipo Planilla E Número Planilla 81983190

Periodo Cotización 202511 Periodo Servicio 202511

Cliente:

PAGADA 2025-11-30 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ALEJANDRA GARZON ORTIZ				
Documento	CC 1094930101	**Dirección**	CL 29 SUR #1 - 1 M BELTRAN MZ D CS 15		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	ARMENIA	**Departamento**	QUINDIO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1094930101		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					GARZON ORTIZ MARIA ALEJANDRA	63001000 - 63	QUINDIO	

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																										Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud							Riesgos						Caja				Parafiscales			
IGE	TDF	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0		$ 1.423.500	23020		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS037		12.5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-23	1	0.522 %	$ 1.423.500	$ 7.500	NN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.300

Código único GIS 1094930101

Destino de pago EN ESTE OPERADOR

Fecha 30/11/2025

Número de autorización XXXXXX

Dirección IP 186.29.226.120

Valor transacción $ 413.300,00

Costo de la transacción $ 0,00 IVA incluido

Referencia 3 1094930101

Referencia 2 CC

5 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 -
Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**
RECIBO OFICIAL DE PAGO FÍSICO

Fecha de Expedición 2025/12/02 **Fecha Limite de Pago** 2025/12/09 **Recibo Nº** **8352500251513**

Contribuyente

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$50.000
Total	**$50.000**
	$00
Total a Pagar	**$50.000**

Con destino a: **Municipio de Armenia**

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1094930101
Nombre MARIA ALEJANDRA GARZON ORTIZ
Teléfono

(415)0000000024465(8020)08352500251513(3900)00000000050000(96)20251209

VALOR TOTAL CONTRATO	8.750.000
FECHA CONTRATO	01/09/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	2.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	2.500.000
NRO. CONTRATO	3586

Soporte trámite

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500251513**
Fecha de Expedición 2025/12/02 **Fecha Limite de Pago** 2025/12/09

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$50.000
Total	**$50.000**
	$00
Total a Pagar	**$50.000**

Con destino a: **Municipio de Armenia**

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1094930101
Nombre MARIA ALEJANDRA GARZON ORTIZ
Teléfono

(415)0000000024465(8020)08352500251513(3900)00000000050000(96)20251209

VALOR TOTAL CONTRATO	8.750.000
FECHA CONTRATO	01/09/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	2.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	2.500.000
NRO. CONTRATO	3586

Soporte Entidad

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500251513**
Fecha de Expedición 2025/12/02 **Fecha Limite de Pago** 2025/12/09

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$50.000
Total	**$50.000**
	$00
Total a Pagar	**$50.000**

Con destino a: **Municipio de Armenia**

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1094930101
Nombre MARIA ALEJANDRA GARZON ORTIZ
Teléfono

(415)0000000024465(8020)08352500251513(3900)00000000050000(96)20251209

VALOR TOTAL CONTRATO	8.750.000
FECHA CONTRATO	01/09/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	2.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	2.500.000
NRO. CONTRATO	3586

ALCALDIA DE ARMENIA

NIT 890000464-3
741 7100
Carrera 16 # 15-28 Centro

Vigencia Fiscal 2025

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS Nº. 12642

Fecha de Compromiso: 27 de noviembre de 2025

Beneficiario GARZON ORTIZ MARIA ALEJANDRA **Nit:** 1094930101 -

No. C.D.P. 10186 **Fecha de Expedición del C.D.P.** 21 de noviembre de 2025

Tipo de Compromiso Prestacion de Servicios

Oficio HACIENDA SH-PGF-46586 **Fecha:** 27/11/2025 **Vence:** 31/12/2025

Objeto: ADICION Y PRORROGA AL CONTRATO No. 2025-3586. PRESTAR SERVICIOS DE APOYO EN EL ARCHIVO DE GESTION DE LA SECRETARIA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE ARMENIA APOYANDO EN LO RELACIONADO CON LAS ACTIVIDADES DE ORGANIZACION DOCUMENTAL.

Cto.Utilidad SECRETARIA DE HACIENDA

IMPUTACION PRESUPUESTAL

Código	Descripción	Valor
Gastos-Inversion Recurso Propio-Libre Destinación RECURSOS PROPIOS		
11103 - 2 3 2.02.02 009.4599025.079 - 001	Fortalecimiento de la infraestructura tecnologica y administrativa para una gestión fiscal efectiva y una cultura tributaria sostenible en el municipio de Armenia.	$ 1.250.000,00
	Clasificadores 4599025-91119-1 2 1 0 00 1 250 000,00	
	Total Compromiso	$1.250.000,00

Programación de PAC*	
Mes	Valor Programación
Diciembre	$1.250.000,00
Valor Total	$1.250.000,00

CLAUDIA PATRICIA SALCEDO SOLANO
Lider de Presupuesto

Elaboró

Revisó

Elaboró SCOLONIAM

*Los pagos se condicionan al cumplimiento de los requisitos establecidos contractualmente.