CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
10 / 12 / 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 2025-4435

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 06 DE NOVIEMBRE 2025 **FECHA DE TERMINACION: 15 DE DICIEMBRE DEL 2025**

CDP: 9368 **RP: 11374** **Código (Rubro Presupuestal): 11001-2.3.2.02.02.009.3502017.064-034**

VALOR CONTRATO: $ 5.826.666 **ENTIDAD BANCARIA: BANCOLOMBIA**

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

SALDO RESTANTE: $ 2.026.666

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato asciende a la suma de CINCO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTISEIS MIL SESISCIENTOS SECENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($5.826.666), pagaderos de la siguiente manera: Se realizará Un (01) pago mensual por valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.800.000) mes vencido o fracción calendario y segundo pago por valor de DOS MILLONES VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS SECENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($2.026.666) equivalentes a doce (12) días, 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: 06 de Noviembre del 2025 al 05 de Diciembre del 2025

No. Planilla de aportes Noviembre: 8639224027	SOPORTES:
Pago de Pensión Noviembre: $ 244.200	1. Informe del contratista: # de folios (3). 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 (1), RP-CDP (1), Certificado Bancario (1), Acta de Inicio (1)
Pago de Salud Noviembre: $ 190.800	
ARL Noviembre: $ 8.100	

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_X_ SEGUNDO___ 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".

_____

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.