CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
10/12/2025	María Clemencia Espinosa Parra	Secretaria de Educación Municipal

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: SAE SAS

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: *900.687.222-1* de XXXXX

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicios Profesionales Contrato N° 2025 – 1429

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 24/02/2025 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 12/09/2025 con adición hasta la fecha 22/12/2025

CDP: 1494 - 8013 **RP:** 2063 - 9308 **Código (Rubro Presupuestal):** 10502.2.3.2.02.02.009.2201071.008.91121.001

VALOR TOTAL: $ 120.000.000.oo con adición y prórroga hasta la fecha 22/12/2025 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 12.000.000.oo **CUENTA N°:** AHORROS 136170222105

SALDO RESTANTE: $ 16.000.000.oo con adición y prórroga hasta la fecha 22/12/2025 **FORMA DE PAGO** Seis (6) pagos equivalentes a la suma de doce millones de pesos m/cte ($12.000.000.oo), por los primeros seis (6) meses una vez se encuentren causados; un (1) pago equivalente a la suma de ocho millones de pesos m/cte ($8.000.000.oo), por los veinte (20) días restantes del plazo inicial pactado, una vez causados; tres (3) pagos equivalentes a la suma de doce millones de pesos m/cte ($12.000.000.oo), por los tres (3) meses del plazo adicionado, una vez se encuentren causados; y un (1) pago final equivalente a la suma de cuatro millones de pesos m/cte ($4.000.000.oo), por los últimos diez (10) días del plazo adicionado, una vez causados; dichos pagos se realizarán previa verificación del pago de 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: 13 de octubre de 2025 al 12 de noviembre de 2025

No. Planilla de Aportes:	34922080
Pago de Pensión:	$ 2.635.400.oo
Pago de Salud:	$ 659.000.oo
ARP:	$ 86.400.oo

SOPORTES:

1. Acta de Inicio (solo la primera vez): ( ) Folio(s)
2. Informe del Contratista: (3) Folio(s)
3. Informe del Supervisor y/o Interventor: (1) Folio(s)
4. Otros: Evidencias del Informe ( ) Folio(s)

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: $ 12.000.000.oo

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO ___ TERCERO ___ CUARTO ___ QUINTO ___ SEXTO ___

SÉPTIMO ___ OCTAVO ___ NOVENO X 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.