



CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

Secretaria 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
11 / 12 / 2025

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
CRISTIAN CAMILO ECHEVERRY GARCIA

DEPENDENCIA 110.01
DESARROLLO ECONOMICO

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA BRITO PARDO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 41.951377

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES_ **NO. DEL CONTRATO:** 2025-4199

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 24 OCTUBRE DE 2025

FECHA DE TERMINACION : 15 DICIEMBRE DE 2025

CDP: 8855 **RP:** 10606

Código (Rubro Presupuestal): 11001-2.3.2.02.02.009.3502017.064-011
11001-2.3.2.02.02.009.3502017.064-034

VALOR TOTAL: \$7.466.648

ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$4.000.000

CUENTA AHORROS No: 0570136670071671

VALOR RESTANTE: \$3.466.648

FORMA DE PAGO: 1 pago por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$4.000.000), mes vencido o fracción calendario y un Segundo pago por valor de TRES MILLONES CUATROCIENTO SESENTAY SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO pesos M/CTE por veinticinco días (25), 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.

PERIODO A PAGAR: DEL 24 octubre AL 23 noviembre DE 2025

No. Planilla de aportes noviembre : 35549659
35677865

SOPORTES:

Pago de Pensión noviembre: \$227.800
\$28.200

Pago de Salud noviembre: \$178.000
\$22.000

ARL noviembre: \$7.500
\$900

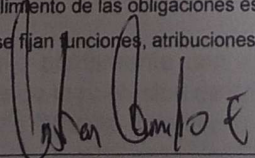
1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.).
2. Informe del contratista
3. Informe del supervisor y/o interventor
4. Otros: planilla seg, social, factura pago seg, social, retefuente, descuento estampillas, factura estampillas, CD, RP, Certificación Bancaria

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: \$ 4.000.000

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.