MUNICIPIO DE ARMENIA	**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	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA 10901
/12/2025	GONZALO ANDRES BETACOURT MANTILLA	SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: Diana Patricia Gonzalez

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.094.892.820

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Contrato de prestación de servicios profesionales

NO.DEL CONTRATO: 2025- 4461

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 07-11-2025 **FECHA DE TERMINACION:** 15-12-2025

CDP: *9528* **RP:** *11525* **Código (Rubro Presupuestal):** 10901 -2.3.2.02.02.009.4102052 - 031-581
10901-2.3.2.02 02.009 4102052.032 - 581
10901-2.3.2.02 02 009 4102052 033 - 001
10901-2.3.2.02 02 009 4102052 033 - 581

VALOR TOTAL: $ 5.200.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

CUENTA No: 0550136600212908

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $1.200.000

SALDO RESTANTE: *$0*

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato asciende a la suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($5.200.000°) pagaderos de la siguiente manera: El Municipio cancelará un (1) pago mensual vencido, por el valor de cuatro millones de pesos m/cte. ($4.000.000°) y u n segundo y último pago por nueve (9) días vencidos, por el valor de un millón doscientos mil pesos m/cte. ($1.200.000*). 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. No obstante, la forma de pago prevista, quedará sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC. 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.

PERIODO A PAGAR: DEL 07 DE DICIEMBRE AL 15 DE DICIEMBRE 2025

No. Planilla de aportes: 35586104 - DICIEMBRE

SOPORTES:

1. Informe del contratista: (4) folios
2. Certificado de supervisor y/o interventor: (1) folio
3. Autorización descuento de estampilla: (1) folio
4. Retención de la fuente: un (1) folio.
5. Planilla de seguridad social y recibo de pago: dos (2) folios
6. CD

Pago de Pensión:	$ 113.900
Pago de Salud:	$ 89.000
ARL:	$ 3.800

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: $ 1.200.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO__ SEGUNDO_X_ 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

Scanned with CamScanner