CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
11 / 12/ 2025	DIEGO FERNANDO TOBON GIL	SECRETARIA DE DESARROLLO ECONÓMICO

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: DANIEL ESTEBAN GUTIERREZ RODAS

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1097728216

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2025-3922.

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 01 de Octubre de 2025 **FECHA DE TERMINACION:** 15 de Diciembre 2025

CDP: 8149 **RP:** 9894 **Código (Rubro Presupuestal):** 11001-2.3.2.02.02.009.1708041.063.91119-001

VALOR TOTAL: $ 13.500.000
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 3.500.000
SALDO RESTANTE: $ 0

ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA
CUENTA No: 488421572519

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato asciende a la suma de TRECE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($13.500.000), pagaderos de la siguiente manera: Dos (02) Pago (s) mes vencido (s) por valor de CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($5.000.000), y un tercer pago por los veintiún (21) días restantes por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.500.000), previa verificación del pago de la 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.

PERIODO A PAGAR: 01 de Diciembre 15 de Diciembre.

No. Planilla de aportes: 82296090	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 240.000	1. Informe del contratista: (07) folios 2. Informe del supervisor y/o interventor: (1) folio
Pago de Salud: $ 187.500	3. Autorización descuento de estampillas: (1) folio 4. Pago de seguridad social y planillas: (2) Folios
ARL: $ 36.600	5. Otros: CD (1), Retefuente.

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: $ 3.500.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___SEGUNDO __ TERCERO _x__ 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.

Scanned with CamScanner