

	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 <u>10 12 2025</u>	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR CRISTIAN ANDRÉS MUÑOZ CASTRILLÓN	DEPENDENCIA 113-DABS
II. INFORMACION CONTRATO		
NIT DEL MUNICIPIO: <u>890.000.464-3</u>		
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: JUAN SEBASTIÁN ROSERO LÓPEZ No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.088.293.664		
CLASE O TIPO DE CONTRATO: <u>PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES</u>		NO. DEL CONTRATO: 2025-3788
FECHA DEL ACTA DE INICIO: <u>17 de septiembre de 2025</u>		FECHA DE TERMINACION: 15 de diciembre de 2025
CDP: 2025-7744	RP: 2025-9388	Código (Rubro Presupuestal): 11301-2.3.2.02.02.008.4599028.083-034
VALOR TOTAL: \$9.000.000		ENTIDAD BANCARIA: Davivienda
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$3.000.000		CUENTA No.: <u>136400136448</u>
SALDO RESTANTE: <u>\$3.000.000</u>		
FORMA DE PAGO: Nueve Millones de pesos Mcte (\$9.000.000). El municipio cancelará mediante tres (3) pagos parciales cada 30 días calendario por valor cada uno de TRES MILLONES DE PESOS M/CTE (\$3.000.000), previa verificación del cumplimiento de obligaciones por parte del contratista, verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y el visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control.		
PERIODO A PAGAR: Del 17 de octubre al 15 de noviembre		
No. Planilla de aportes: 1077668749 (octubre)	SOPORTES:	
Pago de Pensión: \$ 229.700(octubre)	1. Retención en la fuente y descuento de estampillas: 2 folios.	
Pago de Salud: \$ 179.500(octubre)	2. Informe del contratista: 4 de folios	
ARL: \$ 7.600(octubre)	3. Informe del supervisor y/o interventor: 1 de folios	
	4. Otros: recibo de estampillas	
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: \$ 3.000.000		
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 certificación, reposa en las oficinas respectivas de la secretaria, debidamente foliadas y archivadas.		