	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
15	/ 12 /2025	YEISON ANDRES PEREZ LOTERO	SECRETARIA DE HACIENDA

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: ANDRES GARCIA GUALTEROS

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : *9774207*

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION **DE SERVICIOS PROFESIONALES** NO. **DEL CONTRATO: 2025- 3581**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 02 DE SEPTIEMBRE DE 2025 **FECHA DE TERMINACION:** 30 DE NOVIEMBRE DE 2025

CDP: _ *7608* **RP:** _ 8917 **Código (Rubro Presupuestal):** _11103-2.3.2.02.02.009.4599025.079-001
CDP ADICION 10181 **RP ADICION** 12661

VALOR CONTRTO: $ 11.400.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *DAVIVIENDA*
VALOR ADICON $ 1.900.000
VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICON $ 13.300.000
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: __**$ 1.900.000** **CUENTA No:** *0570136670081266*

SALDO RESTANTE: $ 0
FORMA DE PAGO: SEGÚN MODIFICATORIO CUATRO (4) pagos distribuidos de la siguiente manera tres (3) pagos iguales vencidos cada treinta días por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MIL M/CTE (3.800.000) y un último pago por quince (15) días por un valor de UN MILLON NOVECIENTOSMIL PESOS M/CTE (1.900.000) Previa verificación del pago de la seguridad social y entrega satisfactoria de las actividades realizadas y visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y el control. No obstante, la forma de pago prevista, queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensual sado de caja PAC

PERIODO A PAGAR: _DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 15 DE DICIEMBRE DE 2025

No. Planilla de aportes: 35463783	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 243.200	1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.). 2. Informe del contratista: # de folios _7_____
Pago de Salud: $ 190.000	3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios ___1__
ARL: $ 8.000	4. Otros: _____5_____

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 contraidas con el Contratante. Por lo tanto, autorizo el pago por valor de: $ _$ 1.900.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ **SEGUNDO TERCERO__ CUARTO_X__** 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.