CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
19/02/2026	SANTIAGO MIORALES ARCILA	DABS

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: CAROLINA ZULUAGA ARANGO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.094.945.444

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** CO1.PCCNTR.8996964

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 21 DE ENERO 2026 **FECHA DE TERMINACION:** 20 DE MAYO DE 2026

CDP: 01990 **RP:** 01488 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.006

VALOR TOTAL: $17.200.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $4.300.000 **CUENTA No:** 4884 0300 5280

SALDO RESTANTE: $12.900.000 **FORMA DE PAGO:** Cuatro (4) pagos parciales iguales cada 30 dias calendario por valor cada uno de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE ($4.300.000)

PERIODO A PAGAR: 21 DE ENERO AL 19 DE FEBRERO

No. Planilla de aportes: 9499698544

Pago de Pensión: $ 280.200

Pago de Salud: $ 218.900

ARL: $ 9.200

SOPORTES:

1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.): # folios (1)
2. Informe del contratista: # de folios (2)
3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios (1)
4. Otros
   - Planilla integrada de seguridad social: # folios (1)
   - Comprobante de pago Seg. Social: # folios (1)
   - Estampilla Prohospital: # folios (1)
   - Formato Retención en la Fuente: # folios (1)
   - Autorización Descuento Estampillas: # folios (1)
   - Registro Presupuestal (solo la primera vez): # folios (1)
   - Certificación Bancaria (solo la primera vez): # folios (1)
   - RUT (Solo la primera vez): # folios (1)

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: **$ CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE. ($4.300.000)**

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 Alcaldia de Armenia, en su articulo 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.