## 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.**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC [illegible] | | ZULUAGA ARANGO CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 19 numero 10 norte 43 | ARMENIA-QUINDIO | 7400000 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Límite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-01 | 2026-01 | 1000000045 | 9498430824 | I | 2026/02/11 | 2026/02/02 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $406,700 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $224,200 | $0 | $0 | $224,200 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $224,200 | $0 | $0 | $224,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $7,400 | $0 | $0 | $7,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $7,400 | $0 | $0 | $7,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $175,100 | $0 | $0 | $175,100 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $175,100 | $0 | $0 | $175,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $406,700 | $0 | $0 | $406,700 |



2026/02/02 06:14 AM

Scanned with CamScanner

ENE 30 2026 15:0[illegible] EX
EXITO ARMENIA
CLL 19 17-27
CORRESPONSAL
BANCO POPULAR
C.UNICO: 0011174950 TER: JAANZ881
C.BANC: 0002
ID CAJERO: 0041963823
RECIBO: 002229 RRN: 004429
APRO: 000548
RECAUDO
SERVICIO: 00001506
FACTURA: 000000000000000009498430824
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 406.700

BANCO POPULAR es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000523456
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

30/ENE/2026 15:08 0628 05 0201 3823

NUT:20260130062800050201
C3TSH

TIQUETE INFORMATIVO DE VENTA
NUMERO DR: JH97153093 406.700
TOTAL TRANSACCION: 406700
Este documento no es Factura de venta.

TEL 7357979 EXT 262800

Scanned with CamScanner