CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
25/03 / 2026	CLAUDIA ROMERO ARANGO	SECRETARIA DE SALUD 11-604

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: ISABEL CRISTINA MEJIA GARCIA

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : *41.956.629*

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. DEL CONTRATO: 2026- 8843022

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 13 DE ENERO DE 2026 **FECHA DE TERMINACION:** MAYO 12 DE 2026

CDP: *2026--0691* **RP:** ***2026-0616*** **Código (Rubro Presupuestal):** 11604 - 2.3.2.02.02.009.1906039.061 – 012

VALOR TOTAL: $ 14.400.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *DAVIVIENDA*
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 3.600.000 **CUENTA No:** 488438335033

SALDO RESTANTE: $ 7.200.000 **FORMA DE PAGO:** el valor del presente contrato asciende a la suma de catorce millones cuatrocientos mil pesos m/cte ($14.400.000). Pagaderos de la siguiente manera: cuatro (04) pagos iguales mensuales vencidos por valor de tres millones seiscientos mil pesos m/cte ($ 3.600.000), 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: Del 13 de febrero de 2026 al 12 de marzo de 2026

No planilla: 36465835

Pago de Pensión Febrero	: $ 280.200
Pago de Salud Febrero	: $ 218.900
ARL Febrero : 42.700	

SOPORTES

1. Informe del contratista: # de folios (2)
2. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios (1)
3. Otros: Seguridad Social Febrero 2026 # folios (2)
4. Carta descuento Estampilla 1 folio
5. Carta de Retención 1 folio
6. Liquidación de estampillas
7. 1 CD

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: $ 3.600.000 TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/C

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.

Scanned with CamScanner