CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
_02__/_03___/_2026____	CRISTIAN ANDRES MUÑOZ CASTRILLON	11301 DABS

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: JOSE ESTIVEN FERNANDEZ TRUJILLO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : *1094967402*

CLASE O TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION

NO. DEL CONTRATO: DABS-CD-2026-128

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 28 DE ENERO DEL 2026 **FECHA DE TERMINACION:** _27 DE MAYO DEL 2026_

CDP: *1982* **RP:** *02221* **Código (Rubro Presupuestal):** 11302- 2.1.2.02.02.008-001

VALOR TOTAL: $ 11.200.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *DAVIPLATA*

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: _$ 2.800.000___ **CUENTA No:** *3135375679*

SALDO RESTANTE: *$ 8.400.000*

FORMA DE PAGO: El municipio cancelará mediante cuatro (4) pagos parciales iguales cada 30 días calendario por valor cada uno de DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.800.000). 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. QUINTA. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del presente contrato se estipula en ciento (120) días calendario, contados a partir de la configuración del inicio en la plataforma Secop II,

PERIODO A PAGAR: 28 de enero al 26 de febrero del 2026.

No. Planilla de aportes: 9500471403 ✓ 9500480986	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 85.400 $ 14.200	1. Acta de Inicio: (01). 2. Informe del contratista: 02 de folios. 3. Informe del supervisor y/o interventor: 01 de folios. 4. Otros: _____
Pago de Salud: $ 66.700 $ 11.000	
ARL: $ 2.900 $ 500 **CCF:** $3.300 $ 600	

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: $ 2.800.000
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 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