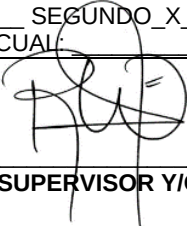


CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS		
I. INFORMACION BASICA		
DIA MES AÑO 27/03/2026	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PAOLA URIBE LONDOÑO	DEPENDENCIA SECRETARIA DE HACIENDA
II. INFORMACION CONTRATO		
NIT DEL MUNICIPIO: 890.001.181-9		
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: SANDRA MILENA LOPEZ PADILLA No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 41.950.688		
CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. DEL CONTRATO: CPSP-019 -2026		
FECHA DEL ACTA DE INICIO: 15 ENERO 2026 FECHA DE TERMINACION: 14 DE MAYO 2026		
CDP: 019 RP: 019 Código (Rubro Presupuestal): 2.1.2.02.02.008.83990_1.2.4.3.04 - Otros servicios profesionales, técnico y empresariales n.c.p. – Servicios prestados a las empresas y servicios de producción. S.G.P – PROPOSITO GENERAL – LIBRE DESTINACION MUNICIPIOS CATEGORIA 4,5 Y 6.		
VALOR TOTAL: \$11.200.000,00 Adenda: RP:		
VALOR TOTAL ADENDA: \$ ENTIDAD BANCARIA: BANCOLOMBIA		
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$2.800.000 CUENTA No: 136670074675 Cta de Ahorro		
SALDO RESTANTE: \$5.600.000 Cinco millones seiscientos mil pesos m/cte.		
FORMA DE PAGO: El municipio de Pijao, Quindío cancelará al contratista cuatro (4) pagos iguales cada treinta (30) días por valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$2.800.000) cada uno; previa acreditación, revisión y visto bueno del informe de actividades presentado por el contratista en donde se discrimine la ejecución de las actividades enmarcadas en las obligaciones derivadas del objeto del contrato o suscrito, informe que deberá estar acompañado de la copia del recibo de pago de aportes al sistema de seguridad social integral al día. La autorización del pago será suscrita por parte del funcionario encargado de ejercer vigilancia y control del contrato suscrito		
PERIODO A PAGAR: DEL 14 DE FEBRERO DEL 2026 AL 15 DE MARZO DEL 2026		
No. Planilla de aportes: 69300146	SOPORTES: 1. Informe del contratista: 2. Informe del supervisor y/o interventor: 3. Otros:	
Pago de Pensión: \$275.000		
Pago de Salud: \$352.000		
ARL: \$53.600		
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 SEGUNDO_X TERCERO CUARTO QUINTO SEXTO SEPTIMO OCTAVO NOVENO OTROS CUAL:		
<div></div> 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 de Hacienda, debidamente foliadas y archivadas.		