CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
20 04 2026	*LINA MARÍA CRUZ LÓPEZ*	*10401 DAFI*

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: JOSE FERNANDO GARCÍA GÓMEZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 10.241.946

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicios Profesionales **N° DEL CONTRATO:** CO1.PCCNTR.8995981

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 21/01/2026 **FECHA DE TERMINACION:** 20/05/2026

CDP: *1716* **RP:** *1618* **Código Rubro Presupuestal:** 10401-2.3.2.02.02.009.4599019.080.001

VALOR TOTAL: $ 24.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *BANCOLOMBIA*

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $6.000.000 **CUENTA No:** 07012085855 *AHORROS*

SALDO RESTANTE: $ 6.000.000

FORMA DE PAGO: El valor del contrato que se suscribe asciende a la suma de: **VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($24.000.000)**, pagaderos de la siguiente forma: **CUATRO (4) PAGOS IGUALES VENCIDOS, CADA UNO, POR VALOR DE SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($6.000.000)**; previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas, así como visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control. NOTA: El último pago queda supeditado a la entrega de la totalidad de los archivos y documentos correspondientes a la ejecución contractual cuando haya lugar. No obstante, la forma de pago prevista queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensual de caja PAC;

PERIODO A PAGAR: 21 DE MARZO DE 2026 AL 20 DE ABRIL DE 2026

No. Planilla de aportes: 9501332762 (marzo 2026)	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 0	Informe del contratista: # de folios: dos(2)
Pago de Salud: $ 300.000	Informe del supervisor y/o interventor: # de folios: Uno (1)
ARL: $ 25.100	**Otros:** pago seguridad social de marzo del 2026. Certificado de pensionado, abril de 2026 Autorización descuento estampillas Autorización Retención en la fuente Pre liquidación Estampilla Evidencias reposan en los archivos y en el SECOP II

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: **$ 6.000.000**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO___ SEGUNDO___ TERCERO **X** 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.