	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS Secretaria de Hacienda Municipal Proceso 14. Gestión Financiera y Fiscal	Código: R-SH-PGF-003 Fecha: 17/01/2025 Versión: 003 Página 1 de 1

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA 109-01
14	05	2026	JENNY GOMEZ BETANCOURTH	SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: **JULIAN ERNESTO MURILLAS BEDOYA**

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 18.460.103 de Quimbaya Quindío

CLASE O TIPO DE CONTRATO: _ PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

NO.DEL CONTRATO: CO1.PCCNTR.8846896

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 12 de enero 2026 **FECHA DE TERMINACION:** 10 julio de 2026

CDP: *343* **RP:** ***511*** **Código (Rubro Presupuestal):** 10901-2.3.2.02.02.009.4104027.039-034
CDP:3241 **RP:4152** **Código (Rubro Presupuestal):** 10901-2.3.2.02.02.009.4104027.039-210

VALOR TOTAL: $25.200.000 **ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA CTA AHORROS**

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $4.200.000 **CUENTA No:** 000523621670

SALDO RESTANTE: $8.400.000

FORMA DE PAGO: Seis (06) pagos iguales mensuales mes vencido, cada uno por: un valor de CUATRO MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS MICTE ($4.200.000)

PERIODO A PAGAR: Del 12 de abril al 11 de mayo de 2026

No. Planilla de aportes: 6015987340	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 373.800	1. Informe del contratista: **2.** Informe del supervisor y/o interventor **3.** Carta de retención **4.** Formato descuento de estampillas **5.** Pago seguridad social **– recibo**
Pago de Salud: $ 292.000	
ARL $ 12.200	

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: $ CUATRO MILLONES DOCIENENTOS MIL PESOS ($4.2OO.000) MICTE

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO___ SEGUNDO__ TERCERO__ CUARTO_x__ 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.