
	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS	Código: R-SH-PGF-003
	Secretaria de Hacienda Municipal Proceso 14. Gestión Financiera y Fiscal	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 20 05 2026	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR ADRIANA PATRICIA GIRALDO DUARTE	DEPENDENCIA 10401 - DAFI
II. INFORMACION CONTRATO		
NIT DEL MUNICIPIO: <u>890.000.464-3</u>		
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: <u>LINA MARIA LOPEZ JIMENEZ</u>		
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : <u>1.094.893.259</u>		
CLASE O TIPO DE CONTRATO: <u>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES</u>		
No. DEL CONTRATO: <u>CO1.PCCNTR.8993936</u>		
FECHA DEL ACTA DE INICIO: <u>21 DE ENERO DE 2026</u>		FECHA DE TERMINACION: <u>20 DE MAYO DE 2026</u>
FECHA INICIO ADICIÓN: <u>21 DE MAYO DE 2026</u>		FECHA TERMINACION ADICIÓN: <u>20 DE JULIO DE 2026</u>
CDP: 1097 CDP: 4236 Adición	RP: 1621 RP: 05145 Adición	Código (Rubro Presupuestal): 10401-2.3.2.02.02.009.4599028.080 -001 Código (Rubro Presupuestal): 10401-2.3.2.02.02.009.4599028.080 -001
VALOR CONTRATO: \$19.400.000 VALOR ADICIÓN: \$9.700.000 VALOR TOTAL: \$29.100.000		ENTIDAD BANCARIA: <u>DAVIVIENDA</u>
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: <u>\$4.850.000</u>		CUENTA No: 136100140583
SALDO RESTANTE: <u>\$9.700.000</u>		
FORMA DE PAGO: La forma de pago del contrato a suscribirse será de la siguiente manera: Cuatro (04) pagos iguales mensuales vencidos cada uno por valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE (\$4.850.000), 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. Así mismo se adiciona la suma de NUEVE MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$9.700.000), la forma de pago quedará de la siguiente forma: DOS (02) pagos mes vencido por valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE. (\$4.850.000).		
PERIODO A PAGAR: DEL 21 DE ABRIL DE 2026 AL 20 DE MAYO DE 2026		
PAGO APORTES MES ABRIL - PAGOSIMPLE		SOPORTES:
No. Planilla de aportes: <u>1081484304</u>		<ol style="list-style-type: none"> Acta de Inicio: (solo la primera vez.) <u>0</u> Informe del contratista: # de folios <u>3</u> Informe del supervisor y/o interventor: # de folios <u>1</u> Otros: Planilla, recibo pago seguridad social, retención en la fuente, descuento de estampillas: # de folios <u>8</u>
Pago de Pensión: \$566.400		
Pago de Salud: \$442.500		
ARL: \$18.500		
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: \$4.850.000		
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO ___ TERCERO ___ CUARTO <u>X</u> 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		