



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
21/ 05/ 2026

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
CARLOS ARTURO RAMIREZ HINCAPIE

DEPENDENCIA
10301

SECRETARIA DE GOBIERNO Y CONVIVENCIA

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MARIANA ECHEVERRI PALACIO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : C.C. 1.037.610.028 de Medellín, Antioquia

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 8915613

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 19-01-2026

FECHA DE TERMINACION: 17-07-2026

CDP: 1732 **RP:** 01239

Código (Rubro Presupuestal): 10301 - 2.3.2.02.02.009.4501081.026 -001

CDP ADICIÓN: 4356 **RP ADICIÓN:** 05185

Código (Rubro Presupuestal) ADICIÓN: 10301-2.3.2.02.02.009.4501081.026-210

VALOR TOTAL: \$18.000.000

ENTIDAD BANCARIA: BANCOLOMBIA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$ 3.000.000

CUENTA No: 23456413218

SALDO RESTANTE: \$ 6.000.000

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato asciende a la suma de **DIECIOCHO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL CORRIENTE (\$18.000.000,00 M/CTE)**; pagaderos de la siguiente manera: Seis (06) pagos iguales mensuales vencidos por valor de **TRES MILLONES DE PESOS M/CTE (\$3.000.000)**, previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control.

PERIODO A PAGAR: Del 19 de abril al 18 de mayo del 2026

No. Planilla de aportes: MAYO: 37281504

SOPORTES:

Pago de Pensión: MAYO \$ 325.000

1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.)

Pago de Salud: MAYO \$ 416.000

2. Informe del contratista: 4 folios

3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1

ARL: MAYO \$ 13.600

4. Otros: 1 CD con evidencias

Seguridad social: 2 folios 2 folios

Retención en la fuente: 1 folio

Descuento de estampillas: 1 folio

RP: 1 folio

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: **\$ 3.000.000**

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.