



**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**  
01 / 06 / 2026

**NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR**  
GONZALO ANDRÉS BETANCOURT MANTILLA

**DEPENDENCIA 10901**  
SECRETARÍA DESARROLLO SOCIAL

**II. INFORMACION CONTRATO**

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: ANGELA VIVIANA ECHEVERRY DIAZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 41.961.808

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. DEL CONTRATO: CO1.PCCNTR.9158341

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 28 DE ENERO DE 2026 FECHA DE TERMINACION: 27 DE JULIO DE 2026

CDP: 2216 RP:2244 Código (Rubro Presupuestal): 10901-2.3.2.02.009.4103052.035-001

ADICION  
CDP: 3599 RP:5488 Código (Rubro Presupuestal): 10901-2.3.2.02.009.4103052.035-210

VALOR TOTAL: \$ 18.000.000 ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$ 3.000.000 CUENTA No: 488439449965 AHORROS

SALDO RESTANTE: \$ 6.000.000

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato asciende a la suma DIEZ Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE. (\$18.000.000), que serán pagados en cuatro (06) pagos mensuales vencidos, por valor de Tres Millones de pesos M/cte. (\$ 3.000.000) incluidos impuestos, previa verificación del pago de 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. No obstante, la forma de pago prevista quedará sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC.

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.

PERIODO A PAGAR: ABRIL 28 HASTA MAYO 27 DE 2026

No. Planilla de aportes: ABRIL 6013732061

**SOPORTES:**

Pago de Pensión: ABRIL \$ 280.200

Pago de Salud: ABRIL \$ 218.900

ARL: ABRIL \$ 9.200


1. Informe del contratista: # de folios 5
2. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1
3. Otros: Soporte Planilla Seguridad Social, Recibo de Pago Seguridad Social, Retención en la Fuente, Autorización Descuento de Estampillas, RP.

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.