CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
01/ 06 / 2026	CRISTIAN CAMILO ECHEVERRY GARCIA	110-01 SECRETARIA DESARROLLO ECONOMICO

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: JUAN CARLOS RUEDA COLORADO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.094.884.714

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** CO1.PCCNTR.9119475

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 25/01/2026 **FECHA DE TERMINACION:** 24/07/2026

CDP: 2282 **RP: 02022** **Código (Rubro Presupuestal): 11001 -2.3.2.02.02.009.3502017.064-034**
CDP ADICIÓN: 5130 **RP ADICIÓN: 05586** **Código (Rubro Presupuestal Adición): 11001-2.3.2.02.02.009.3502017.064-001**

VALOR CONTRATO: $ 30.000.000

ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO 4: $5.000.000 **CUENTA AHORROS No:** 0550136000806408
SALDO RESTANTE: *$ 10.000.000*

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato asciende a la suma de TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($30.000.000), pagaderos de la siguiente manera: El pago del contrato a celebrar tendrá lugar de la siguiente manera: se realizarán seis (06) pagos mensuales por valor de CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($5.000.000) cada uno mes vencido o fracción calendario, previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades y visto bueno por parte del funcionario de ejercer la vigilancia y control.

PERIODO A PAGAR: *Del 25 de abril al 24 de mayo de 2026.*

No. Planilla de aportes: 75767070 **$588.900 Abril de 2026**	SOPORTES:
Pago de Salud: $ 253.600	1. Acta de Inicio: - 2. Informe del contratista: 03 folios + CD 3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1 4. Otros: Seguridad Social 1, Carta Retención 1, Estampillas 1 RP adición: 1
Pago de Pensión: $ 324.600	
ARL: $ 10.700	

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: **$ 5.000.000**

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.

Scanned with CamScanner