CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
02 / 06/ 2026	DIEGO FERNANDO TOBON GIL	SECRETARIA DE DESARROLLO ECONÓMICO

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: DANIEL ESTEBAN GUTIERREZ RODAS

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1097728216

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** CO1.PCCNTR.8887518

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 15 de enero 2026 **FECHA DE TERMINACION:** 14 de Julio 2026

CDP: 01582 **RP:** 00992 **Código (Rubro Presupuestal):** 11002 - 2.3.2.02.02.009.1708041.063 – 034
CDP ADICION: 4922 **RP ADICION:** 04567 **Código (Rubro Presupuestal):** 11002 - 2.3.2.02.02.009.1708041.063 – 001

VALOR TOTAL: $ 30.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 5.000.000 **CUENTA No:** 488421572519
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. 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. No obstante, la forma de pago prevista queda sujeta a la situación de los recursos del Plan Anual Mensualizado de Caja PAC.

PERIODO A PAGAR: 15 de abril al 14 de mayo de 2026.

No. Planilla de aportes: 84826505	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 320.000	1. Informe del contratista: (11) folios 2. Informe del supervisor y/o interventor: (1) folio
Pago de Salud: $250.000	3. Autorización descuento de estampillas: (1) folio 4. Pago de seguridad social y planillas: (2) Folios
ARL: $ 10.500	5. Otros: CD (1), Rete fuente (0), Acta de Inicio, Rut (0), Cuenta Bancaria (0), Rp (2).

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