



**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS**

Secretaría 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	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
09/06/2026	CLAUDIA ROMERO ARANGO	SECRETARIA DE SALUD-11604

**II. INFORMACION CONTRATO**

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: ALEXANDER ZAPATA HENAO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 18.466.938

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. DEL CONTRATO: CO1.PCCNTR.9116396

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 25 DE ENERO DE 2026 FECHA DE TERMINACION: 24 DE JULIO DE 2026

CDP: 02286- RP: 01964 Código (Rubro Presupuestal): 11604-2.3.2.02.02.009.1906039.061-012  
CDP ADICION: 05191 RP ADICION:05517 Código Adición: 11604-2.3.2.02.02.009.1906039.061-012

VALOR TOTAL: \$12.000.000 ENTIDAD BANCARIA: BANCOLOMBIA

VALOR ADICION: \$6.000.000

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$ 3.000.000 CUENTA No.: 18756826626

SALDO RESTANTE: \$6.000.000

VALOR Y FORMA DE PAGO: DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 18.000.000, los cuales serán pagados 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 25 de abril al 24 de mayo de 2026

No. Planilla de aportes: 4650273369 (abril)

**SOPORTES:**

Pago de Pensión: \$ 294.400=

Pago de Salud: \$ 230.000=

ARL: \$44.900=

1. Acta de inicio. (Solo la primera vez)
2. Informe del contratista: 2 folios
3. Informe de supervisor e interventor: 1 folio
4. Otros: 1 CD, Autorización Descuento Estampillas, Formato Retención, Soporte de pago Seguridad social, Planilla Seguridad Social, RP modificatorio, Modificatorio.

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  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 secretaría, debidamente foliadas y archivadas.