



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
19/ 06/ 2026

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
GONZALO ANDRES BETANCOURT MANTILLA

DEPENDENCIA 10901
Secretaría de Desarrollo Social

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: Didier Alberto Valencia Rivera

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 89000585

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de servicios profesionales

NO. DEL CONTRATO: CO1_PCCNTR_8965599

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 19 DE ENERO DE 2026

FECHA DE TERMINACION: 18 DE JULIO DE 2026

CDP: 1798

RP: 1426

Código (Rubro Presupuestal): 10901-2.3.2.02.02.009.4104008.037-001

CDP ADICION: 03602

RP ADICION: 4900

Código (Rubro Presupuestal): 10901-2.3.2.02.02.009.4104008.037-001

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$16.000.000

VALOR ADICION DEL CONTRATO: \$8.000.000

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$24.000.000

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$4.000.000

SALDO RESTANTE: \$ 4.000.000.

ENTIDAD BANCARIA: Davivienda

CUENTA No: 0550488423310348

FORMA DE PAGO: SEIS (06) pagos mensuales vencidos cada uno por valor cada uno de CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000), 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.

PERIODO A PAGAR: DEL 19 DE MAYO DE 2026 AL 18 DE JUNIO DE 2026

No. Planilla de aportes: 9504635589 MAYO/2026

SOPORTES:

Pago de Pensión MAYO 2026: \$ 576.800,00

Pago de Salud MAYO 2026: \$ 450.600,00

ARL MAYO 2026: \$ 18.900,00

1. Informe del contratista: 4 folios
2. Informe del supervisor y/o interventor: 1 folio
3. Otros: descuento de estampillas, formato retención en la fuente, pago seguridad social. 3 folios.
4. Evidencias en CD

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: \$ 4.000.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO ___ TERCERO ___ CUARTO ___ QUINTO X ___ SEXTO ___ SEPTIMO ___ OCTAVO ___ 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 folladas y archivadas.