



**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**  
23 06 2026

**NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR**  
JUAN DAVID OCAMPO VALDERMA

**DEPENDENCIA**  
111-01SECRETARIA DE HACIENDA

**II. INFORMACION CONTRATO**

**NIT DEL MUNICIPIO:** 890.000.464-3

**NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:** LEIDY JOHANNA OSSA RIVERA

**No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA :** 1.094.928340

**CLASE O TIPO DE CONTRATO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 9043737

**FECHA DEL ACTA DE INICIO:** 23 DE ENERO DE 2026 **FECHA DE TERMINACION:** 21 DE JULIO DE 2026

**CDP:** 2137 -5042 **RP:** 01800-05103 **Código (Rubro Presupuestal):** 11103-2.3.2.02.02.009.4599030.079-001-2.3.2.02.02.009.4599025.079

**VALOR TOTAL:** \$21.000.000

**ENTIDAD BANCARIA:** DAVIPLATA

**VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO:** \$3.500.000

**CUENTA No:** 3242780154

**SALDO RESTANTE:** \$3.500.000 **FORMA DE PAGO:** SEIS (6) PAGOS IGUALES VENCIDOS CADA TREINTA DÍAS POR VALOR DE TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$3.500.000).

**PERIODO A PAGAR:** DEL DEL 23 MAYO DE 2026 AL 21 DE JUNIO DE 2026

**No. Planilla de aportes:** 4656744721

**SOPORTES:**

**Pago de Pensión:** 283.100

Informe del contratista: 3  
Informe del supervisor y/o interventor: 1  
Retención en la fuente: 1  
Formato de Estampillas: 1  
Planilla seguridad social:1

**Pago de Salud:** 221.200

**ARL:** 9.300

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: \$ 3.500.000

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 secretaria, debidamente foliadas y archivadas.

Cr 16 No. 15-28, Armenia Quindío – CAM Piso Ppal. – Código Postal.630004  
Correo Electrónico: hacienda@armenia.gov.co