

	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS	Código: R-SH-PGF-003
	Secretaria de Hacienda Municipal	Fecha: 17/01/2025
	Proceso 14. Gestión Financiera y Fiscal	Versión: 003
		Página 1 de 1

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS		
I. INFORMACION BASICA		
DIA MES AÑO 30/06/2026	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR ING. ISABEL CRISTINA ORTIZ CORTES	DEPENDENCIA SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA 106.01
II. INFORMACION CONTRATO		
NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3		
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: DANIEL JARAMILLO GOMEZ		
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 18.402.058		
CLASE O TIPO DE CONTRATO: CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES		
NO. DEL CONTRATO: CO1.PCCNTR.8857232		
FECHA DEL ACTA DE INICIO: 14 DE ENERO DE 2026 FECHA DE TERMINACION: 13 DE julio DE 2023		
CDP: 2026 - 422 RP: 2026 - 635 Código (Rubro Presupuestal): 10601- 2 3.2.02.02.008.4003008.074-001		
CDP: 2026 - 5085 RP: 2026 - 4697		
VALOR TOTAL: \$ 22'200.000 ENTIDAD BANCARIA: <u>BANCOLOMBIA</u>		
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$ 3'700.000 CUENTA No: <u>77853224807</u>		
SALDO RESTANTE: <u>\$ 3'700.000</u>		
FORMA DE PAGO El contrato de prestación de servicios profesionales se adicionará en la suma de SIETE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$7.400.000), quedando de la siguiente manera: "El valor del contrato es de VEINTIDÓS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$22.200.000) pagaderos de la siguiente manera: FORMA DE PAGO: Se cancelará mediante seis (6) pagos mes vencido por valor hasta de TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS MCTE (\$3.700.000) cada uno, 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. 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: del 14 DE MAYO DE 2026 A 13 DE JUNIO DE 2026		
No. Planilla de aportes: 92942001	SOPORTES:	
Pago de Pensión: \$ 282.300	1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.).	
Pago de Salud: \$ 220.600	2. Informe del contratista: # de folios 6 folios	
ARL: \$9.300	3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios <u>1</u>	
	4. Otros: _____	
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: \$3'700.000		
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 Ing. ISABEL CRISTINA ORTIZ CORTES		
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.		