4026

	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS Secretaria 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 01 / 07 / 2026

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR CLAUDIA ROMERO ARANGO

DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD 11604

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 89.005.849

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2025-4752

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 09 DE DICIEMBRE DEL 2025 **FECHA DE TERMINACION:** 27 DE JUNIO DEL 2026

CDP: 10526	RP: 13055	Código (Rubro Presupuestal): 11604-2.3.2.02.02.009.1906022.042-001
CDP: 00024	RP: 00006	Código (Rubro Presupuestal): 11604-2.3.2.02.02.009.1906022.042-012
CDP: 3381	RP: 03537	Código (Rubro Presupuestal): 11604-2.3.2.02.02.009.1906022.042-012

VALOR TOTAL: $25.733.333

ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 3.420.000

CUENTA No: 0570136070655685

SALDO RESTANTE: $ 0

FORMA DE PAGO: VEINTICINCO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($25.333.333) Distribuida así: Para la vigencia 2025 un (01) primer pago equivalente a veintitres (23) días por valor de DOS MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MCTE ($2.913.333); Para la vigencia 2026, se cancelarán cinco (5) pagos mensuales mes vencidos por valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.800.000) cada uno y un último pago, equivalente a veintisiete (27) DÍAS, por valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE ($3.420.000) 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: 01 DE JUNIO DEL 2026 AL 27 DE JUNIO DEL 2026

No. Planilla de aportes MAYO: 9505253304	SOPORTES: 1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.). 2. Informe del contratista: # de folios 2 3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1 4. Otros: Planilla del mes de mayo Recibo de pago aportes mayo CD informe de actividades
Pago de Pensión: $ 280.200	
Pago de Salud: $ 218.900	
ARL: $ 42.700	

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: **$ 3.420.000**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO__ SEGUNDO___ TERCERO___ CUARTO___ QUINTO__ SEXTO___ SEPTIMO_X_ 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.

03 JUL 2026