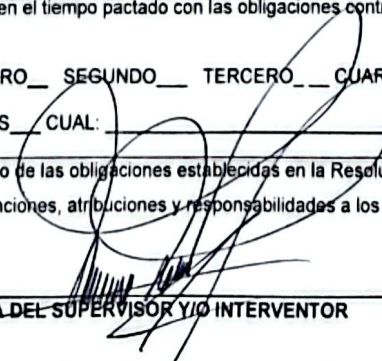


	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS Secretaria de Hacienda Municipal Proceso 14. Gestión Financiera y Fiscal	Código: R-SH-PGF-003
		Fecha: 17/01/2025
		Versión: 003
		Página 1 de 1

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS	
I. INFORMACION BASICA	
DIA MES AÑO <u>24 / 07 / 2026</u>	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR <u>GONZALO ANDRÉS BETANCOURT MANTILLA</u>
DEPENDENCIA 10901 <u>SECRETARÍA DESARROLLO SOCIAL</u>	
II. INFORMACION CONTRATO	
NIT DEL MUNICIPIO: <u>890.000.464-3</u>	
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: <u>ANGELA VIVIANA ECHEVERRY DIAZ</u>	
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: <u>41.961.808</u>	
CLASE O TIPO DE CONTRATO: <u>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES</u> NO. DEL CONTRATO: <u>CO1 PCCNTR 9158341</u>	
FECHA DEL ACTA DE INICIO: <u>28 DE ENERO DE 2026</u> FECHA DE TERMINACION: <u>27 DE JULIO DE 2026</u>	
CDP: 2216 RP: 2244 Código (Rubro Presupuestal): <u>10901-2.3.2.02.02.009.4103052.035-001</u>	
ADICION CDP: 3599 RP: 5488 Código (Rubro Presupuestal): <u>10901-2.3.2.02.02.009.4103052.035-210</u>	
VALOR TOTAL: <u>\$ 18.000.000</u> ENTIDAD BANCARIA: <u>DAVIVIENDA</u>	
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: <u>\$ 3.000.000</u> CUENTA No: <u>488439449965 AHORROS</u>	
SALDO RESTANTE: <u>\$ 0,0</u>	
FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato asciende a la suma DIEZ Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE. (\$18.000.000), que serán pagados en cuatro (06) pagos mensuales vencidos, por valor de Tres Millones de pesos M/cte. (\$ 3.000.000) incluidos impuestos, 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. No obstante, la forma de pago prevista quedará sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC.	
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.	
PERIODO A PAGAR: JUNIO 28 HASTA JULIO 27 DE 2026	
No. Planilla de aportes: JUNIO <u>6021985211</u> JULIO <u>6026284619</u>	SOPORTES:
Pago de Pensión: JUNIO \$ <u>280.200</u> Pago de Pensión: JULIO \$ <u>280.200</u>	1. Informe del contratista: # de folios <u>8</u>
Pago de Salud: JUNIO \$ <u>218.900</u> Pago de Salud: JULIO \$ <u>218.900</u>	2. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios <u>1</u>
ARL: JUNIO \$ <u>9.200</u> ARL: JULIO \$ <u>9.200</u>	3. Otros: <u>Soporte Planilla Seguridad Social, Recibo de Pago Seguridad Social, Retención en la Fuente, Autorización Descuento de Estampillas.</u>
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: <u>\$ 3.000.000</u>	
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.	