CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA 110.01
22/07/2026	JHON FABIO SUAREZ VALERO	SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA BRITO PARDO
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA :41.951.377 de Armenia -Quindío

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
NO. DEL CONTRATO: CO1.PCCNTR.8835638

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 13-01-2026 **FECHA DE TERMINACION: 12-07-2026**

CDP: 353 RP: 00664 **Código (Rubro Presupuestal):11001. 2.3.2.02.02.009.3502017.064-034**
CDP ADICION: 4590 RP ADICION: 04257 **Código (Rubro Presupuestal adicion):11001. 2.3.2.02.02.009.3502017.064-001**

VALOR TOTAL: $ 24.000.000 **ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA**

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 4.000.000 **CUENTA DE AHORROS No. 0570136670071671**

SALDO RESTANTE: $4.000.000

FORMA DE PAGO: Se realizarán SEIS (06) pagos mensuales por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 4.000.000), cada uno mes vencido, previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades y visto bueno por parte del funcionario de ejercer la vigilancia y control. **NOTA**: El pago queda suspendido 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: 13 de mayo al 12 de junio 2026

No. Planilla de aportes: junio:38002414	SOPORTES:
Pago de Pensión: $280.200	1. Acta de inicio (solo por primera vez)
Pago de Salud: $218.900	2. Informe del contratista:
ARL: $ 9.200	3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1
Caja de Compensación :$ 35.100	4. Otros: CD con evidencias (1), carta de retención en la fuente (1), descuento de estampillas (1), seguridad social (2),

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___ 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.