	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	NOMBRE DEL SUPERVISO R Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
23/10/2026	NICOLAS MARTINEZ SANCLEMENTE	111-01 SECRETARIA DE HACIENDA

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MARIA ALEJANDRA GARZÓN ORTIZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.094.930.101 DE ARMENIA

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN **NO. DEL CONTRATO:** 9981427

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 24 DE SEPTIEMBRE DEL 2026 **FECHA DE TERMINACION:** 22 DE DICIEMBRE DE 2026

CDP: 8182 **RP:** 09358 **Código (Rubro Presupuestal):** 11103-2.3.2.02.02.009.4599025.079-001

VALOR TOTAL: $ 8.100.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA AHORROS

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 2.700.000 **CUENTA No:** 0550 4884 4732 5686

SALDO RESTANTE: $ 5.400.000

FORMA DE PAGO: Tres (3) pagos iguales vencidos cada treinta días por valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.700.000), 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: DEL 24 DE SEPTIEMBRE DE 2026 AL 23 DE OCTUBRE DE 2026.

No. Planilla de aportes: SEPTIEMBRE 88969661	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 70.200	1.Informe del contratista: 4 folios 2.Informe del supervisor y/o interventor: 1 folio 3.Otros documentos: 5 folios
Pago de Salud: $ 54.900	
ARP: $ 2.300	

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: **$ 2.700.000**

QUE CORRESPONDE A: PRIMERO_X_SEGUNDO_TERCERO_CUARTO_QUINTO_ SEXTO_
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.

SECRETARÍA DE HACIENDA
23-10-26
2:24