ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
12/10/2022	CARLOS MARIO TORRES PARRA	Jurídica

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: JOSE ESTIVEN FERNANDEZ TRUJILLO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.094.967.402

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión **CONTRATO N°** 2022-091

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 12/09/2022 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 11/11/2022

CDP: 0226 **RP:** 01076 **Código (Rubro Presupuestal):** 2120201008

VALOR TOTAL: $ 2.800.000 **ENTIDAD BANCARIA:** Daviplata

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 1.400.000 **CUENTA N°:** 3174087184

SALDO RESTANTE: $ 1.400.000

FORMA DE PAGO: Dos (02) pago mes vencido por valor cada uno de UN MILLON CUATROCIENTOS MIL PESOS ($1.400.000) M/Cte. Previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del Supervisor encargado de ejercer la vigilancia y control del presente contrato. 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 mensual izado de caja (PAC)

PERIODO A PAGAR: Del 12 de Septiembre hasta 11 de Octubre del 2022.

No. Planilla de Aportes:	9462572368
Pago de Pensión:	$ 160.000
Pago de Salud:	$ 125.000
ARP:	$ 5.300

SOPORTES:

1. Acta de Inicio (solo la primera vez): (01) Folio(s)
2. Informe del Contratista: (01) Folio(s)
3. Acta del Supervisor: (01) Folio(s)
4. Otros:
   - Planilla de pago Seguridad Social (01) Folio(s)
   - Comprobante de pago Seg. Social (01)Folio(s)
   - Evidencias y CD Soportes (01)Folio(s)

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: **$ 1.400.000**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO X SEGUNDO ___TERCERO ___ CUARTO ___ QUINTO ___ SEXTO ___ SÉPTIMO ___ OCTAVO ___NOVENO ___ OTROS ___ CUAL: _____

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Parágrafo 1° del Artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y los demás soportes que contempla el numeral 23 de la Resolución Interna No. 315 del 25 de julio de 2014.

NOTA: Certifico que la documentación soporte relacionada con la ejecución del contrato y que se relaciona en esta certificación, reposa en el Archivo de Gestión de la Oficina Jurídica, debidamente foliadas y archivadas, se adhieren y se anulan, estampilla Pro-Hospital por valor de $2.800. (Decreto No. 722 del 27 diciembre De 2021) y estampilla Pro-Desarrollo por valor de $2.800. (Decreto No. 721 del 27 de diciembre De 2021)

Carlos Torres.

FIRMA DEL SUPERVISOR

V/B Secretaria General



