ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
24/07/2023	CARLOS MARIO TORRES PARRA	Jurídica

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: CAROLINA ZULUAGA ARANGO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.094.945.444

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicios Profesionales **CONTRATO N°** **2023-080**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 20/06/2023 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 19/11/2023

CDP: 00201 **RP:** 00807 **Código (Rubro Presupuestal):** 2120201008

VALOR TOTAL: $10.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** Davivienda Cuenta de Ahorros

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 2.000.000 **CUENTA N°:** 0550488403005280

SALDO RESTANTE: $ 8.000.000

FORMA DE PAGO: Cinco (05) pagos mes vencido por valor cada uno de DOS MILLOONES DE PESOS ($2.000.000) 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 20 de junio hasta el 19 de julio del 2023.

No. Planilla de Aportes:	9452121078
Pago de Pensión:	$ 288.000
Pago de Salud:	$225.000
ARP:	$ 9.400

SOPORTES:

1. Acta de Inicio (solo la primera vez): (01) Folio(s)
2. Informe del Contratista: (04) 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: **$ 2.000.000**
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 $3.200. (Decreto No. 00939 del 12 de diciembre del 2022).

Carlos Torres

FIRMA DEL SUPERVISOR

V/B Secretaria General

SAN JUAN DE DIOS
ARMENIA QUINDIO
$3,200.00 (TRES MIL DOSCIENTOS)
14/06/2023 Sol: 20323
1060131