## ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

### I. INFORMACIÓN BÁSICA

| DÍA MES AÑO | NOMBRE DEL SUPERVISOR | ÁREA O DEPENDENCIA |
|---|---|---|
| 24/06/2024 | LINA MARÍA MAFLA OSPINA | 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° 2024-070**

**FECHA DEL ACTA DE INICIO:** 23/05/2024 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 22/09/2024

**CDP:** 00139 **RP:** 00680 **Código (Rubro Presupuestal):** 2120201008

**VALOR TOTAL:** $12.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** Davivienda Cuenta de Ahorros

**VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO:** $ 3.000.000 **CUENTA N°:** 0550488403005280

**SALDO RESTANTE:** $ 9.000.000

**FORMA DE PAGO:** Cuatro (04) pagos mes vencido por valor cada uno de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000) 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 23 de mayo hasta el 22 de junio del 2024.

| | |
|---|---|
| **No. Planilla de Aportes:** | **9466972867** |
| **Pago de Pensión:** | $208.000 |
| **Pago de Salud:** | $162.500 |
| **ARP:** | $ 6.800 |

SOPORTES:

1. Acta de Inicio (solo la primera vez): (01) Folio(s)
2. Informe del Contratista: (08) Folio(s)
3. Acta del Supervisor: (01) Folio(s)
4. Otros:
   - Planilla de pago Seguridad Social (02) 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: **$ 3.000.000**

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.

Lina María Mafla O.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**

**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 dependencia, debidamente foliadas y archivadas.