ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
24/09/2024	LINA MARÍA MAFLA OSPINA	Juridica

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: $ 0

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 agosto hasta el 22 de septiembre del 2024.

No. Planilla de Aportes:	9471856946 agosto 9473679587 septiembre
Pago de Pensión:	$208.000 agosto $208.000 septiembre
Pago de Salud:	$162.500 agosto $162.500 septiembre
ARP:	$ 6.800 agosto $ 6.800 septiembre

SOPORTES:

1. Acta de Inicio (solo la primera vez): (01) Folio(s)
2. Informe del Contratista: (07) Folio(s)
3. Acta del Supervisor: (01) Folio(s)
4. Otros:
   - Planilla de pago Seguridad Social (04) Folio(s)
   - Comprobante de pago Seg. Social (04)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 ___ SEGUNDO ___TERCERO ___ CUARTO **x** 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 Ospina

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.