ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
12/2024	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° 2024-150**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 26/09/2024 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 25/12/2024

CDP: 00336 **RP:** 1514 **Código (Rubro Presupuestal):** 2120201008 02_2

VALOR TOTAL: $9.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** Davivienda Cuenta de Ahorros

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

SALDO RESTANTE: $0 **FORMA DE PAGO:** Tres (03) 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 26 de noviembre hasta el 25 de diciembre del 2024.

No. Planilla de Aportes:	**9477802572 NOVIEMBRE** **9478772536 DICIEMBRE**
Pago de Pensión:	$ 208.000 NOVIEMBRE $ 208.000 DICIEMBRE
Pago de Salud:	$162.500 NOVIEMBRE $162.500 DICIEMBRE
ARP:	$ 6.800 NOVIEMBRE $ 6.800 DICIEMBRE

SOPORTES:

1. Informe del Contratista: (05) Folio(s)
2. Acta del Supervisor: (01) Folio(s)
3. Otros:
   - Planilla de pago Seguridad Social (04) Folio(s)
   - Comprobante de pago Seg. Social (02)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 **x** 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 Ospina

FIRMA DEL SUPERVISOR