ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
02/04/2025	LINA MARIA MAFLA OSPINA	JURIDICA

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: JOSE ESTIVEN FERNANDEZ TRUJILLO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1094967402 expedida en Armenia, Quindío

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicios apoyo a la gestión **CONTRATO N° 011 de 2025**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 20 de enero del 2025 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 19 de abril 2025

CDP: 00020 **RP:** 00040 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

CDP ADICIÓN **RP ADICIÓN** **Código (Rubro Presupuestal):**

VALOR TOTAL: $ 5.400.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIPLATA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 1.800.000 **CUENTA N°:** 3135375679

SALDO RESTANTE: $ 1.140.000 **FORMA DE PAGO:** El valor del presente contrato es la suma de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($5.400.000), los cuales cancelaran de la siguiente manera: El valor del contrato se pagará al CONTRATISTA en mensualidades vencidas, cada una por valor UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.800.000). Para el primer pago, se pagará proporcional a los días de servicio efectivamente prestados contado desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución y hasta el último día del mismo mes. El último pago, se pagará proporcional a los días de servicio efectivamente prestados contados desde el primer día del mes hasta la fecha de terminación del contrato. No obstante, la forma de pago prevista, queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC. NOTA: El 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 mensualizado de caja PAC

PERIODO A PAGAR: Del 01 de marzo hasta el 31 de marzo del 2025

No. Planilla de Aportes:	9481885171
Pago de Pensión:	$ 227.800
Pago de Salud:	$ 178.000
ARL: **CCF:**	$ 7.500 $ 8.600

SOPORTES:

1.	Informe del Contratista:		(01) Folio(s)
2.	Acta del Supervisor:		(01) Folio(s)
3.	Otros:	• Planilla de pago Seguridad Social • Comprobante de pago Seg. Social	(01) Folio(s) (01) Folio(s)
		• Evidencias y CD Soportes • Documento de Cobro • Acta de inicio (solo primera cuenta)	(01) Cd(s) (01) Folio (s) (0) 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: UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($ 1800.000)

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 Maria 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.

Scanned with CamScanner