

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS

I. INFORMACION BASICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
15	09	2025	JORGE FERNANDO OSPINA GOMEZ

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DE LA EDUA	890001424-3
----------------	-------------

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA	JOSE NELSON MARIN VALENCIA
---------------------------------------	----------------------------

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	4.372.360
---------------------------------------	-----------

CLASE O TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	No. Y FECHA DEL CONTRATO:	N° 033 DEL 19 DE MAYO DE 2025 CON MODIFICATORIO 001 DEL 14 DE AGOSTO DEL 2025		
PLAZO:	Noventa (90) días calendario + Treinta (30) días calendario = Ciento veinte (120) días calendario	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	19 de Mayo de 2025	FECHA DE TERMINACION:	16 de Agosto de 2025
		FECHA DE INICIO PRORROGA:	17 de Agosto de 2025	FECHA DE TERMINACIÓN PRORROGA:	15 de Septiembre de 2025

Valor del Contrato	\$ 9.600.000 (NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE) M/C + \$3.200.000 (TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE) = \$12.800.000 (DOCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE)				
--------------------	---	--	--	--	--

Código (Rubro Presupuestal):	2.1.5.02.09.02	CDP	25-0102 25-168	RP:	25-0183 25-274
------------------------------	----------------	-----	-------------------	-----	-------------------

Forma de Pago	Tres (03) pago iguales cada treinta (30) días calendario vencidos, por valor de TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$3.200.000), previa presentación periódica del informe de actividades realizadas durante cada mes de prestación de servicios, suscrito por el supervisor del contrato en el que debe constar la acreditación del pago de la seguridad social, pensión y riesgos laborales por el porcentaje señalado en la Ley. No obstante, la forma de pago prevista queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualidad.				
---------------	---	--	--	--	--

Forma de Pago Adición	Un (01) pago por treinta (30) días calendario vencidos, por valor de TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$3.200.000), previa presentación periódica del informe de actividades realizadas durante cada mes de prestación de servicios, suscrito por el supervisor del contrato en el que debe constar la acreditación del pago de la seguridad social, pensión y riesgos laborales por el porcentaje señalado en la Ley. No obstante, la forma de pago prevista queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualidad.				
-----------------------	--	--	--	--	--

Anticipo (Si lo hay)	SI	NO	X	Valor anticipo	N/A
----------------------	----	----	---	----------------	-----

Entidad Bancaria:	BANCO DAVIVIENDA	Cuenta No:	136070614708
-------------------	------------------	------------	--------------

Periodo a Pagar:	Del 17 de Agosto de 2025 al 15 de Septiembre de 2025
------------------	--

Valor total del contrato	\$ 9.600.000 (NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE) M/C + \$3.200.000 (TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE) = \$12.800.000 (DOCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE)				
--------------------------	---	--	--	--	--

Valor pagos efectuados	Nueve millones seiscientos mil pesos M/C (\$9.600.000)				
------------------------	--	--	--	--	--

Valor Acta N° 01	Tres millones doscientos mil pesos M/C (\$3.200.000)				
------------------	--	--	--	--	--

Valor Acta N° 02	Tres millones doscientos mil pesos M/C (\$3.200.000)				
------------------	--	--	--	--	--

Valor Acta N° 03	Tres millones doscientos mil pesos M/C (\$3.200.000)				
------------------	--	--	--	--	--

Valor Acta N° 04	Tres millones doscientos mil pesos M/C (\$3.200.000)				
------------------	--	--	--	--	--

Valor a pagar acta No.4	Tres millones doscientos mil pesos M/C (\$3.200.000)				
-------------------------	--	--	--	--	--

Saldo por pagar (Valor pendiente para pago)	Cero pesos M/C (\$0)				
---	----------------------	--	--	--	--

Porcentaje (%) de ejecución del contrato:	100%				
---	------	--	--	--	--

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

No. PIN:	1768588573	Valor Pago Total	\$ 413.300
----------	------------	------------------	------------

No. Planilla de aportes:	9491015195	Valor ARL:	\$ 7.500
--------------------------	------------	------------	----------

Valor Pago de Salud:	\$ 178.000	Valor pensión:	\$ 227.800
----------------------	------------	----------------	------------

Valor Caja de Compensación	\$ 0		
----------------------------	------	--	--

NOTA: Se deja constancia que, en mi calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios, el contratista pago el valor correspondiente al sistema de Seguridad Social Integral, obligación derivada de dicho contrato, conforme lo estipula la normativa vigente; además se comprometo a entregar la constancia del pago de la seguridad social del mes de septiembre del 2025 tan pronto la realice.

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: **\$ 3.200.000 (tres millones doscientos mil pesos) M/C**

Marcar con una X:
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ☐ N/A PRIMERO ☐ SEGUNDO ☐ TERCERO ☐ CUARTO ☒ QUINTO ☐
SEXTO ☐ SEPTIMO ☐ OCTAVO ☐ NOVENO ☐ OTROS ☐ CUAL: _____

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones como supervisor.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

V/B Gerente de la Entidad