

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS

I. INFORMACION BASICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
30	09	2025	ANTONIO JOSE RESTREPO GOMEZ

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DE LA EDUA		890.001.424-3				
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA			Jessica Pinzón Villada			
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA			1.094.922.842			
CLASE O TIPO DE CONTRATO:		PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	No. Y FECHA DEL CONTRATO:		CONTRATO 045 DEL 24 DE JUNIO DE 2025	
PLAZO:	NOVENTA (90) DIAS	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	24 DE JUNIO DE 2025	FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO	21 DE SEPTIEMBRE DE 2025	
Valor del Contrato		\$ 8.400.000 OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS				
Código (Rubro presupuestal)		2.1.5.02.07.01	CDP	25-146	RP:	25-229
Forma de Pago		Se realizaran tres (03) pagos iguales cada treinta (30) días calendario vencidos, cada uno por valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS MLI PESOS MICTE (\$2.800.000), 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 aportes a seguridad social, pensión y riesgos laborales por el porcentaje señalado en la ley.				
Entidad Bancaria:		DAVIENDA	Cuenta No:		CUENTA DE AHORROS 0570136070513413	
Periodo a Pagar:		23 DE AGOSTO AL 21 DE ASEPTIEMBRE DE 2025				
Valor total del contrato		\$ 8.400.000 OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS				
Valor total pagos efectuados			\$5.600.000 Cinco Millones Seiscientos Mil Pesos Mcte			
Valor a pagar en la presente Acta No 3			\$2.800.000 Dos Millones Ochocientos Mil Pesos Mcte			
Valor saldo a favor del contratista			0			
Porcentaje (%) de ejecución del contrato:			100%			

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

No. PIN:	1810981799	Valor Pago de Pensión:	\$243.200
No. Planilla de aportes:	7984944963		
Valor Pago de Salud:	\$190.000	Valor ARL:	\$8.000
Valor Caja de Compensación	\$ 0	Total Aporte:	\$441.200

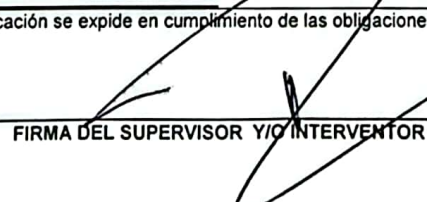
Certifico que el contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraídas con el Contratante. Por lo tanto, autorizo el pago por valor de: \$ 2.800.000 Dos Millones Ochocientos Mil Pesos
Marcar con una X:

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

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO _N/A_ PRIMERO _ SEGUNDO _ TERCERO X CUARTO _
OTROS _ CUAL:

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


V/B Gerente de la Entidad


FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR