ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
03/ 10/ 2025	LINA MARIA MAFLA OSPINA	OFICINA JURIDICA

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: YEISON LEANDRO CONTRERAS CONTRERAS

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.094.903.690 ARMENIA

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **CONTRATO N°** 110-2025

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 04 DE AGOSTO DE 2025 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 01 DE NOVIEMBRE DE 2025

CDP: 0296 **RP:** 1696 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

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

VALOR TOTAL: $9.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIPLATA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $3.000.000 **CUENTA N°:** 3113297182

SALDO RESTANTE: ($3.000.000) **FORMA DE PAGO:** La Corporación del Concejo Municipal de Armenia cancelará mediante tres (3) pagos parciales, cada treinta (30) días calendario, por valor cada uno de TRES MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE. ($3.000.000). M/CTE, previa verificación del cumplimiento de obligaciones por parte del contratista, verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y el visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control. 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 03 de septiembre del 2025 al 02 de octubre del 2025

No. Planilla de Aportes:	4620971231
Pago de Pensión:	$416.000
Pago de Salud:	$325.000
ARL:	$13.600

SOPORTES:

1.	Informe del Contratista:		(02) Folio(s)
2.	Acta del Supervisor:		(01) Folio(s)
3.	Otros:	• Planilla de pago Seguridad Social Y Comprobante de pago Seg. Social	(02)Folio(s)
		• Evidencias y CD Soportes • Documento de Cobro • Acta de inicio (solo primera cuenta)	(01) Cd(s) (01) Folio(s) (00) 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: TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.000.000)

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO x TERCERO ___ 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.

Powered by CamScanner