ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
13 11 2025	LINA MARIA MAFLA OSPINA	OFICINA JURÍDICA

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: JORGE EDUARDO GOMEZ ARBOLEDA

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.094.914.114

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **CONTRATO N°** CCMAQ-CD-115-2025

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 01/08/2025 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 13/11/2025

CDP: 00312 **RP:** 1689 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

CDP ADICIÓN 0405 **RP ADICIÓN** 2041 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

VALOR TOTAL: $8.750.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $1.250.000 **CUENTA N°:** 136200077149

SALDO RESTANTE $0

FORMA DE PAGO: La Corporación del Concejo Municipal de Armenia cancelará tres pagos correspondiente al periodo de treinta (30) días calendario por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($2.500.000), y un cuarto y último pago correspondiente al periodo de quince (15) días calendario por valor de UN MILLÓN DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($1.250.000), 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. NOTA: El pago queda supeditado a la entrega de la totalidad de los archivos y documentos correspondientes a la ejecución contractual cuando haya lugar.

PERIODO A PAGAR: Del 30 de Octubre de 2025 al 13 de Noviembre de 2025

No. Planilla de Aportes:	9494715134 Noviembre de 2025
Pago de Pensión:	$448.000
Pago de Salud:	$350.000
ARL:	$14.700

SOPORTES:

1.	Informe del Contratista:		(01) Folio(s)
2.	Acta del Supervisor:		(1) Folio(s)
3.	Otros:	• Planilla de pago Seguridad Social Comprobante de pago Seg. Social	(1)Folio(s) (1)Folio(s)
		• Evidencias y CD Soportes • Documento de Cobro	(1) Folio(s) (1) Folio.

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 DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($1.250.000).

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO ___ TERCERO ___ CUARTO X ___ 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

LINA MARÍA MAFLA OSPINA
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.