	ALCALDIA MUNICIPAL DE PIJAO QUINDIO **NIT 890.001.181-9**	Página 1 de 1
	ACTA DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	Código: FO-GC-27 Versión: 2 Fecha: 02.10.2025

60b

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO
24/11/2025

NOMBRE DEL SUPERVISOR:
EXENJAHOOER GARCIA RIOS

DEPENDENCIA:
SECRETARIA DEGOBIERNO

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.001.181-9

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: KAREN JULIETH QUINTERO RAMIREZ
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.094.924.620

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS **NO. DEL CONTRATO: CPSP-146- 2025**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: OCTUBRE 16 2025 **FECHA DE TERMINACION:** DICIEMBRE 29 2025

CDP: 0413 RP: 1259 Código (Rubro Presupuestal): 2.3.2.02.02.009.3301087.2024635480005.91124_1.3.3.3.20.04

VALOR TOTAL: $ 7.500.000 **ENTIDAD BANCARIA:** Scotiabank Colpatria

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 3.000.000 **CUENTA No:** 7462003568

SALDO RESTANTE: $4.500.000,00

FORMA DE PAGO: El municipio de Pijao, Quindío cancelará el valor del futuro contrato mediante El municipio de Pijao, Quindío cancelará el valor del futuro contrato mediante DOS (02) pagos iguales cada treinta días calendario, cada uno por valor de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000) y un último pago por valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.500.000); previa acreditación, revisión y visto bueno del informe de actividades presentado por el contratista en donde se discrimine la ejecución de las actividades enmarcadas en las obligaciones derivadas del objeto del contrato o suscrito, informe que deberá estar acompañado de la copia del recibo de pago de aportes al sistema de seguridad social integral al día. La autorización del pago será suscrita por parte del funcionario encargado de ejercer vigilancia y control del contrato suscrito.

PERIODO A PAGAR: ***16-10-2025 AL 15-11-2025***

No. Planilla de aportes: 9494552442	SOPORTES: 1. Informe del contratista: 3 2. Informe del supervisor y/o interventor: 1 3. Otros: 1
Pago de Pensión: 115.200	
Pago de Salud: 90.000	
ARL: 3.800	

Certifico que verifiqué la veracidad de la planilla de aportes a seguridad social que allegó el contratista. Así mismo, de conformidad con la declaración juramentada que el contratista realizó en el informe de ejecución contractual, se realizó la revisión del Ingreso Base de Cotización, y el mismo efectivamente correspondiente al 40% del valor mensualizado de los ingresos por prestación de servicios del contratista.

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: $ 3.000.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO__X__ SEGUNDO___ TERCERO___ CUARTO___ QUINTO___ SEXTO___ SEPTIMO___ OCTAVO___ NOVENO___ OTROS___ CUAL: _____

EXENJAHOOER GARCIA RIOS
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 secretaria, debidamente foliadas y archivadas.