

ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO

25/11/2025

NOMBRE DEL SUPERVISOR

LINA MARIA MAFLA OSPINA

ÁREA O DEPENDENCIA

JURIDICA

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: ALVARO ANDRES MOLINA BAUTISTA

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1094917848 expedida en Armenia, Quindío

CLASE O TIPO DE CONTRATO:

Prestación de Servicios profesionales

CONTRATO N° 140 de 2025

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 27 de agosto del 2025

FECHA DE TERMINACIÓN: 24 de noviembre 2025

CDP: 00342

RP: 1755

Código (Rubro Presupuestal): 2 1 2 02 02 008 02_2

CDP ADICIÓN

RP ADICIÓN

Código (Rubro Presupuestal):

VALOR TOTAL: \$ 6.600.000

ENTIDAD BANCARIA: DAVIPLATA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$ 2.200.000

CUENTA N°: 3014413080

SALDO RESTANTE: \$ 0

FORMA DE PAGO:

: El valor del presente contrato es la suma de SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$6.600.000), los cuales cancelaran de la siguiente manera: La Corporación del Concejo Municipal de Armenia cancelará mediante tres (3) pagos parciales, cada treinta (30) días calendario, por valor cada uno de DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$2.200.000) MCTE, 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. 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 26 de octubre hasta el 24 de noviembre del 2025

No. Planilla de Aportes:	4631868939 noviembre	SOPORTES:	
Pago de Pensión:	\$ 182.300 noviembre	1. Informe del Contratista:	(01) Folio(s)
Pago de Salud:	\$ 142.400 noviembre	2. Acta del Supervisor:	(01) Folio(s)
ARL:	\$ 6.000 noviembre	3. Otros:	- Planilla de pago Seguridad Social (01) Folio(s) - Comprobante de pago Seg. Social (01) Folio(s) - Evidencias y CD Soportes (01) Cd(s) - Documento de Cobro (01) Folio (s) - Acta de inicio (solo primera cuenta) (00) Folio (s)

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraidas con el Contratante. Por lo tanto, autorizo el pago por valor de: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$ 2.200.000)

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ☐ PRIMERO ☐ SEGUNDO ☐ 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.