ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGO DE CONTRATISTAS OFICINA JURÍDICA PROCESO 6. JURÍDICA	Código: F-600-003 Fecha: 02/05/2024 Versión: 007 Página 1 de 1

ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
04/12/2025	LINA MARIA MAFLA OSPINA	JURIDICA

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: JOSE ESTIVEN FERNANDEZ TRUJILLO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1094967402 expedida en Armenia, Quindío

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicios apoyo a la gestión **CONTRATO N° 164 de 2025**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 04 de noviembre del 2025 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 19 de diciembre 2025

CDP: 0401 **RP:** 2118 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

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

VALOR TOTAL: $ 3.373.333 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIPLATA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 2.200.000 **CUENTA N°:** 3135375679

SALDO RESTANTE: $ 1,173,333

FORMA DE PAGO: los cuales cancelaran de la siguiente manera: Forma de Pago: La Corporación del Concejo Municipal de Armenia cancelará al contratista mediante dos (2) pagos distribuidos de la siguiente manera: Un primer pago por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.200.000) M/CTE), equivalente a 30 días calendario vencidos y un segundo y último pago por valor de UN MILLÓN CIENTO SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($1.173.333), equivalente a dieciséis (16) días calendario vencidos, 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 04 de noviembre hasta el 03 de diciembre del 2025

No. Planilla de Aportes:	9493351314 oct
Pago de Pensión:	$ 227.800 oct
Pago de Salud:	$ 178.000 oct
ARL: **CCF:**	$ 7.500 oct $ 8.600 oct

SOPORTES:

1.	Informe del Contratista:		(01) Folio(s)
2.	Acta del Supervisor:		(01) Folio(s)
3.	Otros:	• Planilla de pago Seguridad Social • Comprobante de pago Seg. Social	(01) Folio(s) (01) Folio(s)
		• Evidencias y CD Soportes • Documento de Cobro • Acta de inicio (solo primera cuenta)	(01) Cd(s) (01) Folio (s) (01) 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: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($ 2.200.000)

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO X 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.