ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

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

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: ANDRES GARCIA GUALTEROS

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 9.774.207 ARMENIA

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **CONTRATO N°** 143-2025

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 29 DE AGOSTO DE 2025 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 07 DE DICIEMBRE DEL 2025

CDP: 00345 **RP:** 1803 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

CDP ADICIÓN 00453 **RP ADICIÓN** 2238 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

VALOR TOTAL: $8.416.667 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $916.667 **CUENTA N°:** 0570136670081266

SALDO RESTANTE: (0)

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de ocho millones cuatrocientos dieciséis mil seiscientos sesenta y siete pesos mcte $8.416.667 los cuales se cancelaran de la siguiente manera, la corporación concejo municipal cancelara mediante tres (3) pagos parciales ,cada treinta (30) días calendario por un valor cada uno de dos millones quinientos mil pesos moneda corriente $2.500.000 mcte y un ultimo pago correspondiente a 11 dias calendario por un valor de novecientos dieciséis mil seiscientos sesenta y siete pesos mcte $916.667, 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 27 de noviembre del 2025 al 07 de diciembre del 2025

No. Planilla de Aportes:	35463783 Diciembre
Pago de Pensión:	$243.200
Pago de Salud:	$190.000
ARL:	$8.000

SOPORTES:

1.	Informe del Contratista:		(01) Folio(s)
2.	Acta del Supervisor:		(01) Folio(s)
3.	Otros:	• Planilla de pago Seguridad Social Y Comprobante de pago Seg. Social	(03)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:NOVECIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($916.667)

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 Maria Mafla O.

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