

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS					
I. INFORMACIÓN BÁSICA					
DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR		
31	12	2025	JORGE FERNANDO OSPINA GOMEZ		
II. INFORMACIÓN CONTRATO					
NIT DE LA EDUA		890.001.424-3			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA			DIANA MARCELA JARAMILLO SUÁREZ		
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA			1.094.895.349		
CLASE O TIPO DE CONTRATO:		PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN.		No. Y FECHA DEL CONTRATO:	077 DEL03 DE DICIEMBRE DE 2025
PLAZO:	VEINTINUEVE (29) DIAS CALENDARIO	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	03 DE DICIEMBRE DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE DICIEMBRE DE 2025
Valor del Contrato		\$2.126.667 (DOS MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS) M/CTE			
Código (Rubro Presupuestal):		2.1.5.02.09.02	CDP	25-0255	RP: 250427
Forma de Pago		(1) pagos por veintinueve (29) días calendario, por valor de DOS MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE 2.126.667) previa presentación periódica del informe de actividades realizadas durante cada mes de prestación de servicios suscrito por el supervisor del contrato en el que debe constar la acreditación del pago de aportes a seguridad social, pensión y riesgos laborales por el porcentaje señalado en la ley.			
Entidad Bancaria:		DAVIVIENDA	Cuenta No:	CUENTA DE AHORROS 0550136000901381	
Periodo a Pagar:		DEL 03 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025			
Valor total del contrato		\$2.126.667 (DOS MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS) M/CTE			
Valor Total Pagos Efectuados		\$0,00 PESOS M/CTE			
Valor Acta No 1		\$2.126.667 (DOS MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS) M/CTE			
Saldo por pagar(Valor pendiente para pago)		\$0,00 PESOS M/CTE			
Porcentaje (%) de ejecución del contrato:		100%			
APORTES SEGURIDAD SOCIAL					
No. PIN:		9995198220		Valor Pago de Pensión:	\$227.800
No. Planilla de aportes:		4632239951		Valor ARL:	\$7.500
Valor Pago de Salud:		\$178.000		Total Aporte:	\$413.300
Valor Caja de Compensación		0			

Certifico que el contratista cumplió con la cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraídas con el Contratante. Por lo tanto autorizo el pago por valor de: \$2.126.667 DOS MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE. Marcar con una X:
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ N/A ___ PRIMERO ___ X SEGUNDO ___ TERCERO ___ CUARTO ___ QUINTO ___ SEXTO ___ SEPTIMO ___ OCTAVO ___ NOVENO ___ OTROS ___ CUAL: ___ La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones como supervisor.

NOTA: Se deja constancia que, en mi calidad de supervisor del contrato de prestación de servicio, el contratista pago el valor correspondiente al sistema de seguridad social integral, obligación derivada de dicho contrato, conforme lo estipula la normatividad vigente.

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones como supervisor.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

V/B Gerente de la Entidad