CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA / MES / AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
19-02-2026	CONSUELO BOLAÑOS LOPEZ	SECRETARIA DE PLANEACIÓN E INFRAESTRUCTURA

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.001.061-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: Jeny Alejandra Serrano Poveda
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.033.704.035

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Prestación de servicios Profesionales. **NO. DEL CONTRATO:** 2026- CPS – 037

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 17- 01-2026 **FECHA DE TERMINACION:** 16-05-2026
NUEVA FECHA DE TERMINACION CON

ADICION: N/A

CDP: 0034 del 10 de enero de 2026 **RP:** 0074 del 16 de enero del 2026.
CDP ADICION: N/A **RP ADICIÓN:** N/A

Código (Rubro Presupuestal): 2.3.2.02.02.008.4599023.2024632120004.91119 55.0
Código (Rubro Presupuestal) Adición:

VALOR INICIAL: $12.400.000 **ENTIDAD BANCARIA:**
DAVIVIENDA
VALOR ADICION: NA
VALOR TOTAL: $12.400.000

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 3.100.000 **CUENTA No:** 0550136200105148

SALDO RESTANTE: $9.300.000

FORMA DE PAGO: "Cuatro (4) pagos cada uno por treinta (30) días calendario vencidos, por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE (3.100.000) previa presentación de un informe que demuestre el cumplimiento del objeto pactado y el pago de la seguridad social, previa autorización del Supervisor del Contrato".

PERIODO A PAGAR*:* 17 Enero - 15 Febrero del 2026

No. Planilla de aportes : 6006134076 (SOI)	**SOPORTES:**
Pago de Pensión: $ 281.000 (Porvenir)	1. informe del contratista:11 Folios 2. Informe del supervisor y/o interventor: Folios 3. Otros (Anexos): 13 Carpetas digitales 4. Seguridad social: 2 Folios 5. Recaudo Estampillas Gobemaci6n: 1 Folio 6. Certificado de copia de seguridad: 1 Folio
Pago de Salud: $ 219.500 (Salud Total)	
ARL: $ 9.300 (Positiva)	

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(la) 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: **$ 3.100.000**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO__**X**__ SEGUNDO___ TERCERO___ CUARTO___ QUINTO___ SEXTO___ SEPTIMO___ OCTAVO___ NOVENO___ OTROS___ CUAL: _____

_____

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033704035
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JENY ALEJANDRA SERRANO POVEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	ARMENIA	TELÉFONO	3227197
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6006134076	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			4				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/02/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			58985948

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800	$ 0	$ 280.200	$ 800	$ 281.000
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 800	$ 281.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR AORES	COTIZACIÓN	VALOR AORES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 600	$ 0	$ 218.900	$ 600	$ 0	$ 219.500
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 600	$ 0	$ 219.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 100	$ 0	$ 9.300
SUBTOTALES:									$ 9.200	$ 100	$ 0	$ 9.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
VP	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD					ARP																															
																									ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR AORES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINED TOTAL APORTE
1	CC 1033704035	SERRANO POVEDA JENY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.750.905			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	1033704035	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 509.800

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**
RECIBO OFICIAL DE PAGO FÍSICO

Fecha de Expedición 2026/02/17 **Recibo Nº** **8352600058451**

Contribuyente

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$62.000
Total	**$62.000**
	$00
Total a Pagar	$62.000

Con destino a: Alcaldía de Córdoba

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1033704035
Nombre JENY ALEJANDRA SERRANO POVEDA
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600058451(3900)00000000062000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	12.400.000
FECHA CONTRATO	16/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	3.100.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR BASE	3.100.000
NRO. CONTRATO	037

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352600058451**

Fecha de Expedición 2026/02/17

Soporte trámite

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$62.000
Total	**$62.000**
	$00
Total a Pagar	$62.000

Con destino a: Alcaldía de Córdoba

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1033704035
Nombre JENY ALEJANDRA SERRANO POVEDA
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600058451(3900)00000000062000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	12.400.000
FECHA CONTRATO	16/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	3.100.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR BASE	3.100.000
NRO. CONTRATO	037

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352600058451**

Fecha de Expedición 2026/02/17

Soporte Entidad

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$62.000
Total	**$62.000**
	$00
Total a Pagar	$62.000

Con destino a: Alcaldía de Córdoba

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1033704035
Nombre JENY ALEJANDRA SERRANO POVEDA
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600058451(3900)00000000062000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	12.400.000
FECHA CONTRATO	16/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	3.100.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR BASE	3.100.000
NRO. CONTRATO	037

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0