CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS

I. INFORMACION BASICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
20	02	2025	JORGE FERNANDO OSPINA GÓMEZ

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DE LA EDUA	890.001.424-3						
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA	LINA MARIA GUTIERREZ ORTIZ						
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	41.956.704						
CLASE O TIPO DE CONTRATO:	Prestación de servicios de apoyo a la gestión	**No. Y FECHA DEL CONTRATO:**	Contrato 023 del 22 de Enero del 2026				
PLAZO:	Ciento veinte (120) días calendario	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	22 de enero de 2026	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	De 21 mayo de 2026		
Valor del Contrato	Nueve Millones Doscientos Mil Pesos M/cte. ($9.200.000.)						
Código (Rubro Presupuestal):	**2.1.5.02.09.03-**	**CDP**	**26 - 0034**	**RP**	**26 - 0043**		
Forma de Pago	Cuatro (4) pagos iguales cada treinta (30) días calendario vencidos, cada uno por valor de DOS MILLONES TRECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.300.000), 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.						
Anticipo (Si lo hay)	**SI**		**NO**	**X**	**Valor anticipo**	$ N/A	
Entidad Bancaria:	Davivienda				**Cuenta No:**	138070030083	
Periodo a Pagar:	Del 22 de enero de 2026 al 20 de febrero de 2026						
Valor total del contrato	Nueve Millones Doscientos mil Pesos M/cte. ($9.200.000.)						

Valor Total Pagos Efectuados	$0
Valor Acta No 1	$ 2.300.000 (Dos Millones Trecientos mil Pesos Mcte)
Valor Autorizado a Pagar en la Presente Acta N. 1	$ 2.300.000 (Dos Millones Trecientos mil Pesos Mcte)
Valor saldo pendiente a favor del contratista	$ 6.900.000 (Seis Millones Novecientos Mil Pesos Mcte)
Porcentaje (%) de ejecución del contrato:	25%

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

No. PIN:	**9995773358**	**Valor Pago Total:**	**$ 508.300**
No. Planilla de aportes:	**4636743069**		
Valor Pago de Salud:	**$218.900**	**Valor ARL:**	**$9.200**
Valor Caja de Compensación	$0	**Valor pensión:**	**$280.200**

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 TRECIENTOS MIL PESOS MCTE ($2.300.000)**
Marcar con una X:

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO _N/A_ PRIMERO _X_ SEGUNDO _ _ TERCERO_ _ CUARTO_ _ _ QUINTO_ _ SEXTO_ _ SÉPTIMO__ OCTAVO__ NOVENO___ OTROS___ CUAL:_

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

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

V/B Gerente de la Entidad

Scanned with CamScanner