CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS

I. INFORMACION BASICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
09	03	2026	JORGE IVAN OROZCO ESCOBAR

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DE LA EDUA	**890.001.424-3**				
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA	**JOSE MANUEL GUTIERREZ VELEZ**				
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	**7.541.419 DE ARMENIA**				
CLASE O TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION	No. Y FECHA DEL CONTRATO:	No. 009 DEL 09 ENERO DE 2026		
PLAZO: Ciento Veinte (120) días calendario	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	09 DE ENERO DE 2026.	**FECHA DE TERMINACION:**	08 DE MAYO DE 2026.	
Valor del Contrato	DOCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL DE PESOS M/CTE. ($12.800.000.00)				
Código (Rubro Presupuestal):	**2.1.5.02.09.03_3**	**CDP**	**26-013**	**RP:**	**26-021**
Forma de Pago	Se realizarán tres (4) pagos iguales cada treinta (30) días calendario vencidos, cada uno por valor de TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL DE PESOS M/CTE ($3.200.000), 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.				
Entidad Bancaria:	**DAVIVIENDA**	**Cuenta No:** 136100147117	**CUENTA DE AHORROS**		
Periodo a Pagar:	DEL 08 DE FEBRERO AL 09 DE MARZO DE 2026				
Valor total del contrato	DOCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($12.800.000.00)				
Valor Total Pagos Efectuados	$3.200.000 TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE.				
Valor Acta No 2	$3.200.000 TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE.				
Valor autorizado a pagar Acta No. 2	$3.200.000 TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE.				
Saldo por pagar (Valor pendiente para pago)	$6.400.000 SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE.				
Porcentaje (%) de ejecución del contrato:	**50.00%**				

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

No. PIN:	No. PIN: 8606842393	Valor Pago de Pensión:	**$280.200**
No. Planilla de aportes:	No Planilla: 8639822011		
Valor Pago de Salud:	**$218.900**	Valor ARL:	**$9.200**
Valor Caja de Compensación		Total, Aporte:	**$508.300**

Nota:

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: ***$3.200.000 TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE.***

Marcar con una X:

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO _N/A_ PRIMERO _ SEGUNDO_X_ TERCERO_ CUARTO _ OTROS___ CUAL:_____

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

V/B Gerente de la Entidad.

Powered by CamScanner