CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA / MES / AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
20-03-2026	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: $6.200.000

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: 16 de Febrero -17 de Marzo del 2026

No. Planilla de aportes : 6006135536 (SOI)	**SOPORTES:**
Pago de Pensión: $280.200 (Porvenir)	1. Informe del contratista:9 Folios 2. Informe del supervisor y/o interventor: 2 Folios 3. Otros (Anexos): 10 Carpetas digitales 4. Seguridad social: 2 Folios 5. Recaudo Estampillas Gobernaci6n: 1 Folio 6. Certificado de copia de seguridad: 1 Folio
Pago de Salud: $ $ 218.900 (Salud Total)	
ARL: $ 9.200 (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____ SEGUNDO_X_TERCERO___ CUARTO___ QUINTO___ SEXTO___ SEPTIMO___ OCTAVO___ NOVENO___ OTROS___ CUAL: _____

CONSUELO BOLAÑOS LOPEZ
SECRETARIA DE PLANEACION E INFRAESTRUCTURA

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.

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

Fecha de Expedición 2026/03/19 **Recibo Nº** **8352600113554**

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $62.000

Total Estampillas **$62.000**
$00
Total a Pagar **$62.000**

Con destino a: **Alcaldía de Córdoba - CORDOBA**

Contribuyente

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

(415)0000000024605(8020)08352600113554(3900)00000000062000(96)20260325

VALOR BASE	3.100.000
VALOR TOTAL CONTRATO	12.400.000
VALOR ORDEN DE PAGO	3.100.000
FECHA CONTRATO	16/01/2026
NRO. CONTRATO	037
NUMERO ORDEN DE PAGO	2

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

Contribuyente

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

Recibo Nº **8352600113554**

Fecha de Expedición 2026/03/19

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $62.000

Total Estampillas **$62.000**
$00
Total a Pagar **$62.000**

Con destino a: **Alcaldía de Córdoba - CORDOBA**

Contribuyente

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

(415)0000000024605(8020)08352600113554(3900)00000000062000(96)20260325

VALOR BASE	3.100.000
VALOR TOTAL CONTRATO	12.400.000
VALOR ORDEN DE PAGO	3.100.000
FECHA CONTRATO	16/01/2026
NRO. CONTRATO	037
NUMERO ORDEN DE PAGO	2

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

Soporte trámite

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

Recibo Nº **8352600113554**

Fecha de Expedición 2026/03/19

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $62.000

Total Estampillas **$62.000**
$00
Total a Pagar **$62.000**

Con destino a: **Alcaldía de Córdoba - CORDOBA**

Contribuyente

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

(415)0000000024605(8020)08352600113554(3900)00000000062000(96)20260325

VALOR BASE	3.100.000
VALOR TOTAL CONTRATO	12.400.000
VALOR ORDEN DE PAGO	3.100.000
FECHA CONTRATO	16/01/2026
NRO. CONTRATO	037
NUMERO ORDEN DE PAGO	2

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

Soporte Entidad