ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
04/03/2026	GLORIA ROCIO MUÑOZ	SECRETARIA ADMINISTRATIVA

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: ANDRES GARCIA GUALTEROS

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 9774207

CLASE O TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN **CONTRATO N°** 019

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 20 DE ENERO 2026 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 19 DE JUNIO 2026

CDP: 00014 **RP:** 0042 **Código (Rubro Presupuestal):** 2 1 2 02 02 008 02_2

CDP ADICIÓN **RP ADICIÓN** **Código (Rubro Presupuestal):**

VALOR TOTAL: $10.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $2.000.000 **CUENTA N°:** 0570136670081266

SALDO RESTANTE $7.266.667

FORMA DE PAGO: El valor total del contrato será cancelado al CONTRATISTA mediante un **primer pago**, correspondiente al periodo comprendido desde la suscripción del acta de inicio y hasta el treinta y uno (31) de enero de 2026, el cual se liquidará de manera proporcional al tiempo efectivamente ejecutado dentro de la prestación del servicio; **posteriormente**, se efectuarán **cuatro (4) pagos mensuales vencidos**, cada uno por la suma de **DOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($2.000.000)**, los cuales se realizarán dentro del término de ejecución del contrato; **finalmente**, se realizará **un último pago**, equivalente al saldo restante del valor total del contrato. Los pagos estarán supeditados a la verificación del cumplimiento de obligaciones por parte del contratista, verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y el visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control. No obstante, la forma de pago prevista queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC.

PERIODO A PAGAR: 01 DE FEBRERO -28 DE FEBRERO

No. Planilla de Aportes: 36168652

Pago de Pensión: $320.000

Pago de Salud: $250.000

ARL: $10.500

SOPORTES:

1.	Informe del Contratista:		(1) Folio(s)
2.	Acta del Supervisor:		(1) Folio(s)
3.	Documento de Cobro o Factura		(1) Folio(s)
4.	Planilla integrada de seguridad social Comprobante de pago Seg. Social		(01)Folio(s) (02)Folio(s)
5.	Otros:	• CD con evidencias • Estampilla Prohospital • Acta de inicio (solo primera cuenta) • Declaración juramentada y soportes si aplican (solo primera cuenta) • Registro Presupuestal (solo primera cuenta) • Certificación Bancaria (solo primera cuenta)	(1) CD(s) (1) Folio(s) (0) Folio(s) (0) Folio(s) (0) Folio (s) (0) Folio (s)

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 MILONES DE PESOS ($2.000.000)**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO X TERCERO ___ CUARTO ___ QUINTO ___ SEXTO ___
SÉPTIMO ___ OCTAVO ___ NOVENO ___ OTROS ___ CUAL: ___

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Parágrafo 1° del Artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y los demás soportes que contempla el numeral 23 de la Resolución Interna No. 315 del 25 de julio de 2014.

Gloria Roc.

FIRMA DEL SUPERVISOR

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 dependencia, debidamente foliadas y archivadas.

Powered by CamScanner