| ICANH | PROCEDIMIENTO POSTCONTRACTUAL | CÓDIGO: | GC-PR-09-FO-04 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 06 |
| | FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN | FECHA: | 26/01/2026 |

**FECHA DE EXPEDICIÓN**

| MES | AÑO |
|---|---|
| MARZO | 2026 |

## I. INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR

**DATOS DEL SUPERVISOR**

| | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | VILARDO ESCOBAR RAMOS |
| **CARGO:** | ADMINISTRADOR |
| **DEPENDENCIA:** | SECRETARIA GENERAL |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | Parqueunguia@icanh.gov.co |

## II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:** LUBIN JUMI JARIPIA

**IDENTIFICACIÓN:** C.C. 11.901.846

**TIPO DE CONTRATACIÓN:** PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

| No. Contrato | Suscrito en la vigencia |
|---|---|
| 197 | 2026 |

**FECHA DE INICIO:** DD/MM/AAAA: 23/01/2026

**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** DD/MM/AAAA: 22/07/2026

**OBJETO CONTRACTUAL**

Prestar servicios de apoyo a la gestión con autonomía técnica, administrativa y financiera, para adelantar las actividades requeridas para el mantenimiento, conservación y adecuada gestión del Parque Arqueológico e Histórico Santa María de la Antigua del Darién y sus áreas de influencia.

## III. INFORMACIÓN DEL PERIODO CERTIFICADO PARA PAGO

**PERIODO CERTIFICADO:** **DESDE:** DD/MM/AAAA: 1/03/2026 **HASTA:** DD/MM/AAAA: 31/03/2026

¿Este periodo corresponde a primer pago? NO
¿Este periodo corresponde a último pago? NO
¿Para este pago aplica alguna novedad? NO Cual?

**CERTIFICO QUE EL (LA) CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO EN LOS TÉRMINOS Y TIEMPOS PACTADOS CON EL INSTITUTO COLOMBIANO DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA ICANH, POR LO TANTO AUTORIZO EL PAGO POR VALOR DE:**

**VALOR A PAGAR:** $ 3.101.136

¿ES RESPONSABLE DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA? NO
¿ES RESPONSABLE DE IVA? NO
¿ES DECLARANTE DE RENTA? NO

**No. DE FACTURA:**

**FECHA DE FACTURA:**

**EL (LA) CONTRATISTA PRESENTA LA(S) PLANILLA(S) Y SOPORTE(S) DE PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE CONFORMIDAD CON EL MONTO Y TIEMPO QUE CERTIFICO: (NO APLICA PARA EL PRIMER PAGO):**

**NÚMERO DE PLANILLA:** 4647055261

**PERIODO DE COTIZACIÓN:** MARZO

**¿ES PENSIONADO/A?** NO

**¿PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL AL MES COBRADO?** SI

| | TARIFA | COTIZACIÓN MÍNIMA |
|---|---|---|
| IBC | 40,0% | $ 1.750.905 |
| SALUD: | 12,5% | $ 218.900 |
| PENSIÓN : | 16% | $ 280.100 |
| ARL: | | $ - |

ENTIDAD APORTES ARL: POSITIVA

**EL (LA) CONTRATISTA CERTIFICA QUE COTIZÓ AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, SOBRE UNA BASE MÍNIMA DEL 40% DEL VALOR MENSUALIZADO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY 789/2002, DECRETO 1703/2002 Y DECRETO 1273 DE 2018 Y/O NORMAS QUE LO ADICIONEN O LO MODIFIQUEN.**

## IV. EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

| | | |
|---|---|---|
| 1. | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 18.606.816 |
| 2. | VALOR ADICIÓN O ADICIONES | |
| **3.** | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$ 18.606.816** |
| 4. | VALOR CANCELADO ACUMULADO | $ 3.928.105 |
| 5. | VALOR DEL PRESENTE PAGO | $ 3.101.136 |
| **6.** | **SALDO DEL CONTRATO** | **$ 11.577.575** |

PARA ESTE PAGO AFÉCTESE EL (LOS) SIGUIENTE(S) REGISTRO(S) PRESPUESTAL(ES):

| | | RP | | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| 1. | No. | 20626 | expedido en la vigencia | 2026 |
| 2. | No. | | expedido en la vigencia | |
| 3. | No. | | expedido en la vigencia | |

PAGO No. 3 DE 7

| SEGUIMIENTO DE PAGOS | |
|---|---|
| ENERO | $ 826.969 |
| FEBRERO | $ 3.101.136 |
| MARZO | $ 3.101.136 |
| ABRIL | $ - |
| MAYO | $ - |
| JUNIO | $ - |
| JULIO | $ - |
| AGOSTO | $ - |
| SEPTIEMBRE | $ - |
| OCTUBRE | $ - |
| NOVIEMBRE | $ - |
| DICIEMBRE | $ - |
| **Vr. ACUMULADO** | **$ 7.029.241** |

## V. OBSERVACIONES

El ARL no se incluye en la planilla por ser riesgo 5

## VI. FIRMAS

**Firma Contratista***

Lubin Jumi Jaripia

**LUBIN JUMI JARIPIA**
**11.901.846**

En cumplimiento del Parágrafo 1° del Artículo 4, del Decreto 2271 de 18 de junio de 2009, me permito certificar en calidad de contratista y bajo la gravedad de juramento, que los documentos soportes del pago del periodo arriba certificado, corresponden a los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social del mes inmediatamente anterior (ingresos provenientes del contrato suscrito con el ICANH).

**Firma Apoyo a la Supervision (Solo en los casos que aplique)**

**Nombre:**

**Firma Supervisor (a)***

Vilardo Escobar Ramos

**VILARDO ESCOBAR RAMOS**
**ADMINISTRADOR**

*El presente documento se entenderá suscrito por el (la) contratista con el correspondiente cargue del mismo y sus correspondientes soportes en la plataforma SECOP II y con la firma dígital, gráfica y/o escaneada para aquellos contratos adelantados en la plataforma SECOP I; así mismo, se entenderá suscrito por el(la) supervisor(a) con la aprobación de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y con la firma dígital, gráfica y/o escaneada para aquellos contratos adelantados bajo la plataforma SECOP I.

Este Certificado de Supervisión se deberá cargar en la plataforma SECOP II en archivo PDF.