CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
06	04	2026	JORGE FERNANDO OSPINA GOMEZ

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NIT DE LA EDUA	890.001.424-3				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	DIANA MARCELA JARAMILLO SUÁREZ				
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.094.895.349				
CLASE O TIPO DE CONTRATO:	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION.*	No. Y FECHA DEL CONTRATO:	006 DEL06 DE ENERO DE 2026		
PLAZO: CIENTO VEINTE (120) DIAS CALENDARIO	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	06 DE ENERO DE 2026	FECHA DE TERMINACIÓN:	05 DE MAYO DE 2026	
Valor del Contrato	$10.000.000 (DIEZ MILLONES DE PESOS) M/CTE				
Código (Rubro Presupuestal):	2.1.5.02.09.02	CDP	26-0007	RP:	26-015
Forma de Pago	(4) pagos iguales cada treinta (30) dias calendario vencidos por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS $ (2.500.000),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:	CUENTA DE AHORROS 0550136000901381		
Periodo a Pagar:	DEL 07 DE MARZO DE 2026 AL 05 DE ABRIL DE 2026				
Valor total del contrato	$ 10.000.000 (DIEZ MILLONES DE PESOS) M/CTE				
Valor Total Pagos Efectuados	$5.000.000 CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE				
Valor Acta No 1	$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE				
Valor Acta No 2	$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE				
Valor Acta No 3	$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE				
Valor autorizo a pagar en la presente Acta No 3	$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE				
Saldo por pagar(Valor pendiente para pago)	$ 2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE				
Porcentaje (%) de ejecución del contrato:	75%				

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

No. PIN:	9996247057	Valor Pago de Pensión:	$280.200
No. Planilla de aportes:	4645676668		
Valor Pago de Salud:	$218.900	Valor ARL:	$9.200
Valor Caja de Compensación	0	Total Aporte:	$508.300

Certifico que el contratista cumplió con la cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraídas con el Contratante. Por lo tanto autorizo el pago por valor de: $2.500.000 DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS Marcar con una X:
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO _N/A_ PRIMERO__ SEGUNDO__TERCERO_X_ CUARTO_ QUINTO__ SEXTO__SEPTIMO__ OCTAVO__ NOVENO___
OTROS___ CUAL:_____ La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones como supervisor.

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

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

V/B Gerente de la Entidad

Powered by CamScanner