**ACTA DE PAGO NRO. 01**

**CONTRATO 1000-10-01-051-2026**

**FECHA:** marzo 30 de 2026

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA:** | ESTIVEN ORLANDO POSADA VILLA |
| **NUMERO DE IDENTIFICACION:** | 1.036.779.594 |
| **ENTIDAD BANCARIA:** | Bancolombia |
| **TIPO DE CUENTA:** | Ahorros |
| **NUMERO DE CUENTA** | 55783232218 |
| **CONTRATO No** | 1000-10-01-051-2026 |
| **FECHA DE CONTRATO** | 02/02/2026 |

| | |
|---|---|
| **PRESTACION DE SERVICIOS** | PRESTACION DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO TECNICO, METODOLOGICO Y OPERATIVO A LA SECRETARIA DE PLANEACION Y DESARROLLO TERRITORIAL Y A LAS DEPENDENCIAS DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE HELICONIA, ORIENTADOS A FORTALECER, IMPLEMENTAR, MANTENER Y ASEGURAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION - MIPG. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | CUARENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS MIL ($ 44.000.000) |
| **VALOR TOTAL OTRO SI** | N/A |
| **VALOR IVA** | N/A |
| **VALOR TOTAL** | CUARENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS MIL ($ 44.000.000) |
| **FORMA DE PAGO** | El valor del presente contrato es de CUARENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS M/L ($ 44.000.000), por concepto de honorarios; los cuales serán cancelados |

| | |
|---|---|
| | en pagos parciales mensuales por valor de cuatro millones cuatrocientos mil pesos ($ 4.400.000) o proporcional por fracción de mes, los pagos se realizaran previa presentación de la cuenta de cobro o factura, de acuerdo con los servicios prestados de conformidad con los requerimientos del Municipio de Heliconia-Antioquia, previo visto bueno del Supervisor del contrato.<br><br>Para efectos de aprobación de pago, el CONTRATISTA deberá entregar los informes correspondientes de manera escrita con todas y cada una de las evidencias requeridas (fotografías y planillas de asistencia), en los que se soporten las actividades efectivamente realizadas y/o productos desarrollados; acreditar el pago de al Sistema de Seguridad Social Integral, ARL y parafiscales, en los términos señalados para el efecto; presentar la factura o documento equivalente debidamente legalizado. |

El municipio de Heliconia pagara al contratista.

| | |
|---|---|
| **PLAZO INICIAL** | 10 meses |
| **FECHA DE INICIO** | 02 de febrero de 2026 |
| **FECHA DE SUSPENSION** | N/A |
| **FECHA DE REINICIO** | N/A |
| **ACTA DE ADICION** | N/A |
| **VALOR ADICION** | N/A |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $ 44.000.000 |
| **FECHA DE ADICION** | N/A |
| **ADICCION TIEMPO** | N/A |
| **RDP VF NUMERO** | N/A |
| **FECHA** | N/A |
| **VALOR** | N/A |

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE HELICONIA
Nit. 890 982 494 – 7

El cumplimiento a la ley 80 de 1.993, ley 1150 de 2.007, ley 1474 de 2011 y demás Decretos reglamentarios así como el decreto de delegación para la contratación, al manual de contratación e interventoría y demás normas que los aclaren y los modifiquen, los cuales hacen referencia a la responsabilidad del ordenador del gasto, los delegados para contratar, los interventores y supervisores en el ejercicio de sus funciones y con base en el contrato que se encuentra plenamente legalizado, enunciado en el encabezado de este documento y la forma de pago estipulado en el mismo; autorizo el pago del acta correspondiente, de acuerdo al informe de interventoría presentado, el cual reposa en la carpeta del contrato con todos los soportes de ley exigidos.

Ratifico la revisión y verificación de los documentos soporte del contratista con respeto a los requerimientos de seguridad social integral establecidos por la ley, encontrándose al día en sus pagos para lo cual se aplicó la base de liquidación establecida en la ley.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Obligado a presentar Seguridad Social** | Si | X | Diligencie el cuadro |
| | No | | Omita el cuadro |

| **PERSONA NATURAL PRESENTO** | | **PERSONA JURIDICA PRESENTO** | SI | NO X |
|---|---|---|---|---|
| Planilla numero | 6007512082 | Certificado de Representante legal | | |
| Periodo de cotización | Febrero | Certificado de Revisor Fiscal | | |
| Fecha de pago | 23/02/2026 | | | |
| Valor base cotización | $ 2.423.520 | | | |
| Salud | $ 303.000 | Periodo de cotización | **Febrero** | |
| Pensión | $ 387.800 | | | |
| ARL tipo de riesgo | $ 12.700 | | | |

así mismo certifico que se recibe a entera satisfacción los servicios prestados por el contratista en cumplimiento del objeto del contrato.

**VALOR A PAGAR**

| | **DESCRIPCION** | **VALOR** |
|---|---|---|
| 1 | Valor cuota pactada contrato | $ 4.400.000 |
| 2 | Glosa (+) (-) | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| 3 | Subtotal (1+2) | $ 4.400.000 |
| 4 | IVA | N/A |
| 5 | Valor total cuota (1+1) | $ 4.400.000 |
| 6 | Menos valor amortización anticipo =(3)*%de anticipo | N/A |
| 7 | Valor a pagar del acta (1/10) | $ 4.400.000 |

Beneficiario del pago. (diligenciar solo si tiene endoso)

| ENDOSOS | Beneficiario Pago (1) | Beneficiario Pago (2) |
|---|---|---|
| **Nombre** | | |
| **Número de Identificación** | | |
| **Entidad Bancaria** | | |
| **Tipo de Cuenta** | | |
| **Numero de Cuenta** | | |
| **Valor a Pagar** | | |

Nota: cuando el beneficiario no sea el contratista en la carpeta del contrato debe reposar el poder o el endoso autentico.

El valor a pagar descrito en la presente acta se ejecutará presupuestalmente de la siguiente forma.

| Certificado de disponibilidad presupuestal | Fecha de certificado | Registro presupuestal | Fecha de registro | Rubro presupuestal | Valor a ejecutar |
|---|---|---|---|---|---|
| 00062 | 26/01/2026 | 00069 | 02/02/20256 | 2.3.2.02.02.009 | $4.400.000 |

Para constancia firman:

**JORGE MAURICIO ORTIZ MURILLO**
Secretario de planeación y desarrollo territorial
Supervisor