## ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

### I. INFORMACIÓN BÁSICA

| DÍA MES AÑO | NOMBRE DEL SUPERVISOR | ÁREA O DEPENDENCIA |
|---|---|---|
| 13/04/2026 | DEISY MANUELA HOYOS SOTELO | FINANCIERA |

### II. INFORMACIÓN CONTRATO

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA:** ISABEL CRISTINA MEJIA GARCIA

**No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:** 41.956.629

**CLASE O TIPO DE CONTRATO:** PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **CONTRATO N°** 042

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

**CDP:** 42 **RP:** 83 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

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

**VALOR TOTAL:** $ 15.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** BANCO DAVIVIENDA

**VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO:** $ 3.000.000 **CUENTA N°:** 488438335033

**SALDO RESTANTE** $ 7.900.000

**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 TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.000.000), 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

**PERIODO A PAGAR:** DEL 01 DE MARZO DE 2026 AL 31 DE MARZO 2026

| | |
|---|---|
| **No. Planilla de Aportes:** | 36465835 |
| **Pago de Pensión:** | **$ 281.900** |
| **Pago de Salud:** | **$ 220.200** |
| **ARL:** | **$ 43.000** |

SOPORTES:

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



Powered by CamScanner

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: TRES MILLONESS DE PESOS M/CTE ($3.000.000)

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO ___ TERCERO X 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.

**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