CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

Día Mes Año	**NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR**	**AREÁ**
10/ 04 / 26	HARRISON SANTAMARIA HUERTAS	GERENTE GENERAL

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DE LA ENTIDAD: 800.246.890-7

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: SILVIA LORENA HERRERA RUIZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.097.396.233

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS **NO. DEL CONTRATO: 012 DE 2026**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 09-01-26 **FECHA DE TERMINACIÓN**: 08-05-2026

FECHA DEL ACTA DE INICIO ADICIÓN: N/A **FECHA DE TERMINACIÓN ADICIÓN**: N/A

CDP: 0014 07 de enero de 2026 - **CDP ADICIÓN**: N/A

RP: 016 de 09 de enero de 2026 - ADICIÓN: N/A

RUBRO PRESUPUESTAL: 2.3.2.02.02.005.400 1007.20246300100 92.53290 1
2.3.2.02.02.005.400 1044.20246300100 92.54290 1

VALOR INICIAL CONTRATO: 18.000.000

VALOR TOTAL: 18.*000.000.00* **VALOR ADICIÓN: 0**

VALOR TOTAL: 18.*000.000.00* **ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA**

CUENTA No: 488444267618

VALOR PARA PAGAR EN ESTE PERIODO: $ 4.500.000
SALDO RESTANTE: $ 4.500.000.
El valor total del presente contrato asciende a la suma de **DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($18.000.000)**, para un valor total que asciende a la suma de DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE **($18.000.000).** Suma que la empresa pagara al contratista mediante cuatro (4) pagos parciales de la siguiente manera: Cuatro (04) pagos por treinta (30) días calendario por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE **($4.500.000).** Previa constancia suscrita por el Supervisor del Contrato del cumplimiento parcial de las obligaciones derivadas del objeto del Contrato y su aceptación a satisfacción. En el cual se establece el pago por valor CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE **($4.500.000)**, previa constancia suscrita por el Supervisor del Contrato del cumplimiento parcial de las obligaciones derivadas del objeto del Contrato y su aceptación a satisfacción.

PERIODO PARA PAGAR: 10 de marzo al 8 de abril de 2026

No. Planilla de aportes mes de febrero 4646675886	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 280.200	1. Informe del contratista: 2 folios
Pago de Salud: $ 218.900	2. Informe del supervisor y/o interventor: 1 folio
ARL: $ 9.200	3. **Otros: CD N 1 folio** 4. Autorización descuento estampilla:1 folio 5. Copia aportes seguridad social: 1 folios

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: $ 4.500.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO_ SEGUNDO__ TERCERO_X__ CUARTO_ QUINTO_ SEXTO_
SEPTIMO___ OCTAVO___ NOVENO___ DECIMO___ OTROS___ CUAL: _____



FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

NOTA: certifico que la documentación soporte relacionada con la ejecución del contrato y que se relaciona reposa en el archivo de gestión, debidamente foliada y archivada.

Contrato No.	**012 de 2026**		
Objeto	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL EN LOS DIFERENTES PROYECTOS Y PROGRAMAS DE LA EMPRESA DE FOMENTO DE VIVIENDA DE ARMENIA FOMVIVIENDA, ENCAMINADO AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE DESARROLLO 2024 A 2027**		
Valor Inicial contrato	**18.000.000.00**	**Reg. Presupuestal No.**	016 del 9 de enero de 2026
Valor Adición	**N/A**	**Reg. Presupuestal No.**	**N/A**
Valor Total	**18.000.000.00**		
Contratista	**SILVIA LORENA HERRERA RUIZ**		
Supervisor (a)	**HARRISON STEVE SANTAMARIA HUERTAS**		
echa de Inicio	**09-01-2026**	**Fecha de terminación**	**08-05-2026**
Fecha de Inicio	**N/A**	**Fecha de terminación**	**N/A**
Plazo de Ejecución Inicial	**120 DIAS**		
Tiempo de Adición	**N/A**		
Plazo de Ejecución	**120 DIAS**		

FECHA DE PRESENTACIÓN	**Año**	**Mes**	**Día**
	2026	04	10

En la ciudad de Armenia Q, en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente Acta No 3 el contrato antes identificado y autorizar su correspondiente pago.

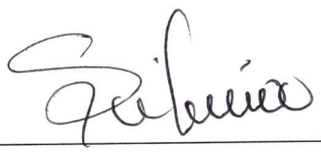
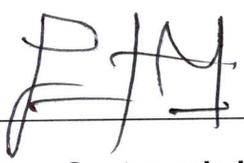
Periodo informado	Del 10 de marzo al 8 de abril del 2026

Obligaciones Especiales del Contracto	**Actividades Desarrolladas**	**Productos Generados-Ubicados en:**
1.Apoyar la socialización y caracterización de los proyectos y programas ejecutados por la entidad.	Se realiza el formulario de caracterización para aplicarlo en el marco de las visitas de seguimiento, en el marco del cumplimiento del convenio 010 de 2024 suscrito con el ministerio de vivienda.	*Evidencia en físico, carpeta individual, Área de archivo de la entidad.
2.Apoyar en la atención psicosocial de la población en el marco de los proyectos ejecutados por la entidad.	Se brinda atención psicosocial a las unidades sociales del barrio Puerto Rico y Patio Bonito que tienen viabilidad de titulación, entregando una pieza de difusión con los requisitos para adelantar el trámite. Se radica una solicitud de	*Evidencia en físico, carpeta individual, Área de archivo de la entidad.

	acompañamiento institucional como garantes en proceso de desistimiento de mejoramiento de vivienda – Convenio Interadministrativo No. 010 de 2024 en la personaría de Armenia con el fin de apoyar en la atención psicosocial en el caso de la señora Luz Stella Zamora.	
3.Asistir a las reuniones, mesas de trabajo y demás a las que sea designado por parte del supervisor del contrato	Se asiste al subcomité de infancia y adolescencia el día 16 de marzo de 2026.	*Evidencia en físico, carpeta individual, Área de archivo de la entidad.
4.Brindar apoyo en las actividades desarrolladas desde el componente social, en el marco del cumplimiento del convenio 010 de 2024 suscrito con el ministerio de vivienda.	Se realizan visitas de seguimiento al proyecto de mejoramientos de vivienda en el marco de convenio 010 de 2024 suscrito con el ministerio de vivienda.	*Evidencia en físico, carpeta individual, Área de archivo de la entidad.
5.Realizar el análisis, estudio y proyección respuestas de las diferentes peticiones, quejas y recursos presentados ante la Empresa de Fomento de Vivienda de Armenia y que sean asignados por la Gerencia	Se realiza oficio de respuesta de PQRS radicada por la secretaria de desarrollo social Respuesta a solicitud de información sobre incentivos para población OSIGD-LGBTI en programas de vivienda de FOMVIVIENDA, Radicado: 2026RE49	*Evidencia en físico, carpeta individual, Área de archivo de la entidad.

Valor Contrato	**$ 18.000.000**
Valor de Adición	**N/A**
Valor total de Contrato	**$ 18.000.000**
Anticipo (Si lo hay)	N/A
Valor que pagar en el Acta No. 3	$ 4.500.000
Saldo	$ 4.500.000

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Entidad en donde se realiza el pago.	**SOI PLANILLA**	**Valor total del aporte mes de enero**	**508.300**
Planilla ENERO No.	**4646675886**	**Salud**	**218.900**
	De: MARZO DE 2026	**Pensión**	**280.200**

Periodo cotizado			
		ARL	**9.200**
ANEXOS:			***Marque con x***
Copia Recibo de pago de seguridad social			**X**
Copias planillas de aporte			**X**
Otros: Carta Retención			**X**
OBSERVACIONES: El contratista ha cumplido a cabalidad con las obligaciones contenidas dentro del presente contrato y queda a paz y salvo por todo concepto.			
Firma			
Nombre	**Silvia Lorena Herrera Ruiz**	**Harrison Santamaria Huertas**	
	Contratista	**Supervisor (a)**	

Armenia Q, 10 de abril de 2026

Señores
Área Administrativa y Financiera
Empresa de Fomento de Vivienda de Armenia
Ciudad

Asunto: Retención en la Fuente Contrato de prestación de servicios No. 012 de 2026.

SILVIA LORENA HERRERA RUIZ, identificado con C.C. 1.097.396.233 de Calarcá (Q), en virtud del Contrato de Prestación de Servicios No.012 de fecha 09 de enero del 2026, con un valor de DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($18.000.000), El valor total del presente contrato asciende a la suma de **DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($18.000.000)**, Suma que la empresa pagara al contratista mediante cuatro (4) pagos parciales de la siguiente manera: Cuatro (04) pagos por treinta (30) días calendario por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE **($4.500.000),**previa constancia suscrita por el Supervisor del Contrato del cumplimiento parcial de las obligaciones derivadas del objeto del Contrato y su aceptación a satisfacción. En el cual se establece el pago por valor CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE **($4.500.000)** correspondiente al periodo comprendido del 8 de marzo al 9 de abril de 2026, bajo la gravedad de juramento la siguiente declaración:

1. Que conforme lo dispuesto al parágrafo 2 del Artículo 383 del Estatuto Tributario, informo que no he contratado o vinculado por un término inferior a noventa (90) días continuos o discontinuos más de dos (2) trabajadores o contratistas.

2. De igual manera, declaro que conforme a los ingresos recibidos a mi nombre durante la vigencia fiscal 2024, Si __ NO __X_, soy declarante a título de Renta.

Manifiesto, que es mi voluntad autorizar a la Empresa de Fomento de Vivienda de Armenia para que realice los respectivos descuentos por concepto de estampillas:

☐ Pro-desarrollc ■ Pro-hospit ■ Pro-cultı ■ Pro-bienestar del adulto mayor

Que se lleguen a causar con ocasión del contrato de:

☐ Prestación de Servicios Apoyo a la Gestión ■ Prestación de Servicios Profesionales

☐ Contratos de Obra
☐ Compra Venta y/o Suministros
☐ Otro
☐ Contratos de Consultoría
☐ Proveedor

Especificar cual: _____

Atentamente;

_____
Silvia Lorena Herrera Ruiz
C.C. 1.097.396.233

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1097396233
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SILVIA HERRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	BARRIO MANUELA BELTRAN MZ H CASA	TELÉFONO:	4338072
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Investigaciones y desarrollo experimental en el c
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4646675886**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9996377992

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP												
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1097396233	HERRERA RUIZ SILVIA LORENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	109739623	$ 9.200	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que SILVIA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1097396233, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) SILVIA LORENA HERRERA RUIZ con documento CC 1097396233, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4646675886	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	MARZO/2026	Periodo Cotización Salud	MARZO/2026
Fecha Pago	2026/04/09	Número de Autorización	9996377992

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS005 - SANITAS S.A.
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

FOMVIVIENDA	Empresa de Fomento de Vivienda Armenia NIT 800.246.890-7	Codigo	EV-VE-F-010
		Version	1
		Fecha Aprobación	18/9/2020
		Pagina 1 de 1	

COPIAS DE SEGURIDAD

CONTROL DE EVIDENCIA DE COPIA DE SEGURIDAD

FECHA 10/3/2026 | HORA: 03:00 p.m. | AREA: SOCIAL

Yo, ***SILVIA LORENA HERRERA RUIZ*** dentificado con el documento de identidad No 1.097.396.233 de ***Armenia***, certifico la entrega de los documentos soporte para dar cumplimiento de mis obligaciones contractuales con FOMVIVIENDA y correspondiente al periodo del **10/03/2026** hasta **08/04/2026**

NOMBRE DE CARPETA: fomvivienda compartida\Sistemas\COPIAS DE SEGURIDAD 2026\ENERO\SILVIA LORENA HERRERA RUIZ

NOMBRE DE ARCHIVOS DE CONTENIDO	TIPO		
	CARPETA	DOCUMENTO	IMAGEN
EVIDENCIAS INFORME N° 1	X		
CERTIFICADO SUPERVISOR YO INTERVENTOR		X	
INFORME DE EJECUCION		X	
AUTORIZACION DESCUENTO DE ESTAMPILLAS		X	
SEGURIDA SOCIAL		X	

OBSERVACIONES

Las carpetas contienen archivos relacionados con el tema de evidencia

ENTREGA: SILVIA LORENA HERRERA RUIZ
FIRMA DE FUNCIONARIO/CONTRATISTA

RECIBE
Ing. Andres Murillo
Contratista area de sistemas

EVALUACION DEL SERVICIO

CALIFICACION:	BUENO	REGULAR	MALO
SERVICIO			
ACTITUD			
OPORTUNIDAD			

Armenia, 9 de abril de 2026

EMPRESA DE FOMENTO DE VIVIENDA DE ARMENIA FOMVIVIENDA
NIT 800.246.890-7

DEBE A:

Al señor Silvia Lorena Herrera Ruiz, identificado con cédula de ciudadanía N° 1.097.39623 de Calarcá Quindío.

LA SUMA DE: **CUATRO MILLONES QUINIENTOS MILPESOS M/CTE ($4.500.000)**

POR CONCEPTO DE: Valor correspondiente a pago contrato de prestación de servicios profesionales N° 012 de 2026 cuenta número 003.

Cordialmente,

Silvia Lorena Herrera Ruiz
C.C. 1.097.396.233 de Calarcá Q.

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**
RECIBO OFICIAL DE PAGO FÍSICO

Fecha de Expedición 2026/04/09 **Recibo Nº** **8352600139918**

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$90.000
Total	**$90.000**
	$00
Total a Pagar	**$90.000**

Empresa de fomento de vivienda de armenia
Con destino a:

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1097396233
Nombre SILVIA LORENA HERRERA RUIZ
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600139918(3900)00000000090000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	18.000.000
FECHA CONTRATO	09/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	4.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	4.500.000
NRO. CONTRATO	012

Contribuyente

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352600139918**

Fecha de Expedición 2026/04/09

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$90.000
Total	**$90.000**
	$00
Total a Pagar	**$90.000**

Empresa de fomento de vivienda de armenia
Con destino a:

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1097396233
Nombre SILVIA LORENA HERRERA RUIZ
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600139918(3900)00000000090000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	18.000.000
FECHA CONTRATO	09/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	4.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	4.500.000
NRO. CONTRATO	012

Soporte trámite

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352600139918**

Fecha de Expedición 2026/04/09

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$90.000
Total	**$90.000**
	$00
Total a Pagar	**$90.000**

Empresa de fomento de vivienda de armenia
Con destino a:

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1097396233
Nombre SILVIA LORENA HERRERA RUIZ
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600139918(3900)00000000090000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	18.000.000
FECHA CONTRATO	09/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	4.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	4.500.000
NRO. CONTRATO	012

Soporte Entidad

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0