CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

Dia Mes Año	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	AREÁ
26 / 03 / 2026	CLAUDIA LORENA SIERRA GOMEZ	ARCHIVO GENRAL

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DE LA ENTIDAD: 800.246.890-7

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MARIA VALENTINA SOSA CRUZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 1.192.793.307

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION **NO. DEL CONTRATO:**019 DE 2026

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 26 DE ENERO DE 2026 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 25 DE MAYO DE 2026

CDP: 0023 **RP:** 0029 **RUBRO PRESUPUESTAL:** 2.1.2.02.02.008.85999_1

VALOR TOTAL CONTRATO: $ 10.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *DAVIVIENDA*

VALOR A PAGAR EN ESTE PERIODO: $ 2.500.000 **CUENTA No: 488436985185**

SALDO RESTANTE: *$* **5.000.000**

FORMA DE PAGO: El valor total del presente contrato asciende a la suma de **DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE. ($10.000.000)**, suma que LA EMPRESA pagará a EL CONTRATISTA mediante cuatro (4) pagos parciales por valor de **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($2.500.000)** cada uno, previa constancia suscrita por el Supervisor del Contrato sobre el cumplimiento parcial de las obligaciones derivadas del objeto contractual y su aceptación a satisfacción.

PERIODO A PAGAR: 25 DE FEBRERO AL 26 DE MARZO DE 2026

No. Planilla de aportes: FEBRERO – 4644304740	SOPORTES:
Pago de Pensión: FEBRERO – $ 280.200	1. Informe del contratista: ____1_____
Pago de Salud: FEBRERO – $ 218.900	2. Informe del supervisor y/o interventor: ____1_____
ARL: FEBRERO – $ 9.200	3. **Otros:** _____Folio y CD____1____ 4. Autorización descuento estampilla:_____1_____ 5. Copia aportes seguridad social:_____2_____

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: **$ 2.500.000**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO___ SEGUNDO__X__ TERCERO___ 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.	**019 DE 2026**		
Objeto	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES ASOCIADAS CON EL ARCHIVO CENTRAL DE LA EMPRESA DE FOMENTO DE VIVIENDA DE ARMENIA, FOMVIVIENDA.**		
Valor Inicial contrato	**$ 10.000.000**	**Reg. Presupuestal No.**	**0023**
Valor Total	**$ 10.000.000**		
Contratista	**MARIA VALENTINA SOSA CRUZ**		
Supervisor (a)	**CLAUDIA LORENA SIERRA GOMEZ**		
Fecha de Inicio	**26 DE ENERO DE 2026**	**Fecha de terminación**	**25 DE MAYO DE 2026**
Plazo de Ejecución Inicial	**CIENTO VEINTE (120) DIAS**		

FECHA DE PRESENTACIÓN	**Año**	**Mes**	**Día**
	2026	03	26

En la ciudad de Armenia Q, en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente Acta No__2__ del contrato antes identificado ıtorizar su correspondiente pago.

Periodo informado	Del 26 de febrero al 25 de marzo del 2026

Obligaciones Especiales del Contrato	**Actividades Desarrolladas**	**Productos Generados-Ubicados en:**
ı..ɜrindar apoyo en la clasificación, ordenación y digitalización de la documentación existente en el Archivo Central de la entidad, aplicando los principios archivísticos de procedencia y orden original, garantizando la correcta organización por fondo, sección, serie y subserie documental, asegurando su adecuada ubicación, identificación y conservación, de acuerdo con los lineamientos técnicos archivísticos.	Se apoyo en las diferentes arias de FOMVIVENDA, en el escaneo de documentación cuando fue requerido. **-Ana Patricia Correa Cadavid(Renuncia)** **-Deivis Londoño García (Renuncia)** **-Nora Mercedes Aguirre (acta de entrega de cargo)** **-Acta 32 plan de austeridad -0001** **-Resolución 028 plan de austeridad de gasto – 0001** **-Respuesta de Ancizar meneses** Se apoyo al área de Dirección Administrativa y Financiera en la redacción de certificados cuando fue requerido **-CERTIFICADON N° 006 COMERCIALIZADORA AXM S.A.S CONTRATO 001 DE 2025.** **-CERTIFICACION N° 007 COMERCIALIZADOR AXM S.A.S CONTRATO 002 DE 2025.** **-CERTIFICACION N° 008 COMERCIALIZADORA AXM S.A.S CONTRATO DE COMPRAVENTA 002 DE 2025.** Se apoyo a la oficina de asesor jurídica con la foliación de los siguientes tomos contratos de obra – invitación directa **-Contrato de obra N°001-2025 (130 mejoramiento) Tomo 1– (193 folios)** **- Contrato de obra N°001-2025 (130 mejoramiento) Tomo 2– (121 folios)** **- Contrato de obra N°001-2025 (130 mejoramiento) Tomo 3– (203 folios)** **- Contrato de obra N°001-2025 (130 mejoramiento) Tomo 4– (177 folios)**	**ANEXO CD**

	se apoyó al área de Dirección Administrativa y Financiera con la foliación de las siguientes carpetas: **-comprobante de egreso de enero -2026** **-comprobantes de egreso de febrero -2026** se apoyo en el diligenciamiento de la hoja de control de las **carpetas de las publicaciones de SIA y SECOP II, correspondiente a la vigencia 2025.**	
2. Apoyar la revisión e identificación de la documentación existente en el Archivo Central, verificando tipos documentales, fechas extremas y estado de conservación y diligenciar de manera completa, clara y veraz el Formato Único de Inventario Documental (FUID), de conformidad con la normatividad y Lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación.	Durante el presente periodo no se ejecutó esta obligación, debido a que se brindo apoyo al Archivo de Gestión en las actividades requeridas por las diferentes áreas de la entidad. Fomvivienda.	**N/A ANEXO**
3. Brindar apoyo en la aplicabilidad de la normatividad archivística vigente, en especial la Ley 594 de 2000 y el Acuerdo 001 de 2024, durante todas las actividades de clasificación, ordenación, organización e inventario documental.	Durante el presente periodo no se ejecutó esta obligación, debido a que se brindó apoyo al Archivo de Gestión en las actividades requeridas por las diferentes áreas de la entidad. Fomvivienda.	**N/A ANEXO CD**
4. Brindar apoyo en la custodia y administración del Archivo Central de la entidad.	Se brindó apoyo en el Prestamos de documentos a las diferentes áreas de FOMVIVIENDA	**ANEXO CD**
5. Brindar apoyo en mantener el orden, limpieza y adecuada manipulación del material documental y del área de trabajo asignada, aplicando buenas prácticas archivísticas.	Se garantizó el orden y correcta ubicación de las unidades de conservación **(carpetas, legajos),** respetando el principio de orden original y la clasificación establecida en las Tablas de Retención Documental. Se verificó el estado físico de las unidades documentales, retirando **elementos metálicos y materiales inadecuados** que puedan generar deterioro, conforme a las buenas prácticas archivísticas. Se mantuvo organizada el área de trabajo asignada, asegurando espacios adecuados para la manipulación documental y evitando acumulación innecesaria de documentos fuera de su unidad de conservación. Se aplicaron criterios de adecuada manipulación documental, evitando dobleces, rasgaduras y prácticas que comprometan la integridad física de los documentos.	**ANEXO CD**
ESTADO DE CUENTA		

Valor Inicial Contrato	$ 10.000.000		
Valor Total	$ 10.000.000		
Anticipo (Si lo hay)	N/A		
Valor a pagar en el Acta No 1.	$ 2.500.000		
Saldo	$ 7.500.000		
APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Entidad en donde se realiza el pago.	**SOI**	**Valor total del aporte**	**$ 508.300**
Planilla No.	**FEBRERO 4644304740**	**Salud**	**FEBRERO $218.900**
Periodo cotizado	**Del 1 de febrero hasta el 28 de febrero del 2026**	**Pensión**	**FEBREO$280.200**
Periodo cotizado	**Del 1 de febrero hasta el 28 de febrero del 2026**	**ARL**	**FEBRERO $9.200**

ANEXOS:	*Marque con x*
Copia Recibo de pago de seguridad social	X
Copia 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	M Valentina Sosa Cruz.	
Nombre	**MARIA VALENTINA SOSA CRUZ**	**CLAUDIA LORENA SIERRA GOMEZ**
	Contratista	**Supervisor (a)**

GOBIERNO DEL QUINDÍO | Recaudo de Estampillas

RECIBO OFICIAL DE PAGO FÍSICO

Fecha de Expedición 2026/03/26

Recibo Nº 8352600123875

Contribuyente

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$50.000
Total	**$50.000**
	$00
Total a Pagar	$50.000

Con destino a: **Empresa de fomento de vivienda de armenia**

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1192793307
Nombre MARIA VALENTINA SOSA CRUZ
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600123875(3900)00000000050000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	10.000.000
FECHA CONTRATO	26/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	2.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	2
VALOR BASE	2.500.000
NRO. CONTRATO	019

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

GOBIERNO DEL QUINDÍO | Recaudo de Estampillas

Recibo Nº 8352600123875

Fecha de Expedición 2026/03/26

Soporte trámite

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$50.000
Total	**$50.000**
	$00
Total a Pagar	$50.000

Con destino a: **Empresa de fomento de vivienda de armenia**

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1192793307
Nombre MARIA VALENTINA SOSA CRUZ
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600123875(3900)00000000050000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	10.000.000
FECHA CONTRATO	26/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	2.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	2
VALOR BASE	2.500.000
NRO. CONTRATO	019

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

GOBIERNO DEL QUINDÍO | Recaudo de Estampillas

Recibo Nº 8352600123875

Fecha de Expedición 2026/03/26

Soporte Entidad

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$50.000
Total	**$50.000**
	$00
Total a Pagar	$50.000

Con destino a: **Empresa de fomento de vivienda de armenia**

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1192793307
Nombre MARIA VALENTINA SOSA CRUZ
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600123875(3900)00000000050000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	10.000.000
FECHA CONTRATO	26/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	2.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	2
VALOR BASE	2.500.000
NRO. CONTRATO	019

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1192793307
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA VALENTINA SOSA CRUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	TERRAZA JARDIN	TELÉFONO:	8000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4644304740		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	febrero AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			695896749

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	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								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	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	GLM	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1192793307	SOSA CRUZ MARIA VALENTINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	119279330	$ 9.200	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1
ORDEN DE SERVICIO

Aplica condiciones particulares con el
Cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion
Para reclamaciones, Presente este
recibo. Pbx: (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que MARIA VALENTINA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1192793307, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) MARIA VALENTINA SOSA CRUZ con documento CC 1192793307, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4644304740	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	FEBRERO/2026	Periodo Cotización Salud	FEBRERO/2026
Fecha Pago	2026/03/02	Número de Autorización	9995896749

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		
SALUD		Administradora	EPS010 - SURAMERICANA DE
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

Armenia, 26 de marzo del 2026

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

DEBE A:

A la señora **María Valentina Sosa Cruz**, identificado con cédula de ciudadanía N° **1.192.793.307** de Armenia.

LA SUMA DE: **DOS MILLONES QUINIENTO MIL PESOS M/CTE ($2.500.000)**

POR CONCEPTO DE: Valor correspondiente a pago contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión N° 019 de 2026 cuenta número 002

Cordialmente,

M° Valentina Sosa Cruz

María Valentina Sosa Cruz
C.C. 1.192.793.307 de Armenia.

FOMVIVIENDA Empresa de Fomento de Vivienda de Armenia	**AUTORIZACIÓN DESCUENTO DE ESTAMPILLAS** Empresa de Fomento de Vivienda de Armenia Proceso Gestión Financiera	Código: EV-VE-F-015 Fecha: 27/10/2021 Versión: 001 Página: 1 de 1

Ciudad y fecha: 26 de marzo de 2026 de Armenia Q.

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

Asunto: Retención en la Fuente Contrato de prestación de servicios No. 019 de 2026.

MARIA VALENTINA SOSA CRUZ identificado con **C.C. 1.192,793.307** de Armenia(Q), en virtud del Contrato de Prestación de Servicios No. 019 de fecha 26 de enero del 2026, dispone que el valor total del contrato corresponde a la suma de **DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE ($10.000.000)**, en el cual se establece el pago por valor de **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000)**, por el periodo comprendido entre el 25 de febrero al 26 de marzo 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 2025, 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-desarrollo ☒ Pro-hospital ☒ Pro-cultura ☒ 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 ☐ Contratos de Consultoría

☐ Compra Venta y/o Suministros ☐ Proveedor

☐ Otro

Especificar cual: _____

Atentamente;

M° Valentina Sosa Cruz
MARIA VALENTINA SOSA CRUZ.
C.C 1.192.793.307 de Armenia (Q).