



CONCEJO MUNICIPAL
DE ARMENIA

ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGO DE CONTRATISTAS

TESORERÍA

PROCESO 6. GESTIÓN FINANCIERA

Código: F-OF-PGF-021

Fecha: 28/01/2026

Versión: 002

Página 1 de 2

ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
11/05/2026	LEIDY MARCELA BEDOYA LEAL	ARCHIVO

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: Juan Carlos Hoyos Trujillo

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 18.498.082

CLASE O TIPO DE CONTRATO: Contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión **CONTRATO N° 068 - 2026**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 22 DE ENERO DE 2026 FECHA DE TERMINACIÓN: 21 ABRIL DE 2026

CDP: 00074 RP: 0092 Código (Rubro Presupuestal): 2.1.2.02.008.02_2

CDP ADICIÓN RP ADICIÓN Código (Rubro Presupuestal):

VALOR TOTAL: \$6.000.000 ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$1.400.000 CUENTA N°: 136670070640

SALDO RESTANTE \$00.000

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 dos (2) pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de DOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000). 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. Los pagos estarán sepeitados a la verificación del cumplimiento de obligaciones por parte del contratista, verificación del pago de seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y del visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control. No obstante, la forma de pago prevista, queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC.

PERIODO A PAGAR: 1 de ABRIL AL 21 DE ABRIL DE 2026

No. Planilla de Aportes: 4645098575

Pago de Pensión: \$ 280.200

Pago de Salud: \$ 218.900

ARL: \$9.200

SOPORTES:

1.	Informe del Contratista:	(1) Folio(s)
2.	Acta del Supervisor:	(1) Folio(s)
3.	Documento de Cobro o Factura	(1) Folio(s)
4.	Planilla integrada de seguridad social Comprobante de pago Seg. Social	(1) Folio(s) (1) Folio(s)
5.	Otros: <ul style="list-style-type: none"> • CD con evidencias • Estampilla Prohospital • Acta de inicio (solo primera cuenta) • Declaración juramentada y soportes si aplican (solo primera cuenta) • Registro Presupuestal (solo primera cuenta) • Certificación Bancaria (solo primera cuenta) 	(0) CD(s) (0) Folio(s) (0) Folio(s) (0) Folio(s) (0) Folio(s) (0) Folio(s)

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: UN MILLON CUATROCIENTOS MIL Pesos (\$1.400.000=)

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO PRIMERO SEGUNDO TERCERO CUARTO QUINTO SEXTO SÉPTIMO OCTAVO NOVENO OTROS CUAL: _____



ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGO DE CONTRATISTAS

TESORERÍA

PROCESO 6. GESTIÓN FINANCIERA

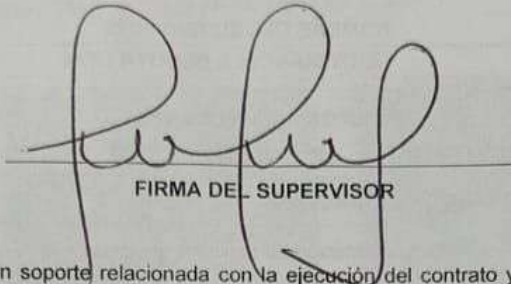
Código: F-OF-PC

Fecha: 28/01/2026

Versión: 002

Página 2 de 2

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Parágrafo 1° del Artículo 41 de la Ley 80 1993, modificado por el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y los demás soportes que contempla el numeral 23 de la Resolución Int 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 certifica reposa en las oficinas respectivas de la dependencia, debidamente foliadas y archivadas.