ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
06-05-2026	LEIDY MARCELA BEDOYA LEAL	ARCHIVO

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: JOSE ESTIVEN FERNANDEZ TRUJILLO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1094967402

CLASE O TIPO DE CONTRATO: CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION **CONTRATO N°** 074 DEL 2026

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 22 DE ENERO DEL 2026 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 21 DE JUNIO DEL 2026

CDP: 00076 **RP:** 0095 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

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

VALOR TOTAL: 11.500.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIPLATA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: 2.300.000 **CUENTA N°:** 3135375679

SALDO RESTANTE 3.910.000

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 DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.300.000), 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 supeditados a la verificación del cumplimiento de obligaciones por parte del contratista, verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y el 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. NOTA: El pago queda supeditado a la entrega de la totalidad de los archivos y documentos correspondientes a la ejecución contractual cuando haya lugar.

PERIODO A PAGAR: DEL 01 DE AL 30 DE ABRIL DEL 2026

No. Planilla de Aportes:	9501296458 MARZO
Pago de Pensión:	$ 330.200
Pago de Salud:	$258.000
ARL:	$ 10.900
CCF:	$ 12.500

SOPORTES:

1.	Informe del Contratista:		(01) Folio(s)
2.	Acta del Supervisor:		(01) Folio(s)
3.	Documento de Cobro o Factura		(01) Folio(s)
4.	Planilla integrada de seguridad social Comprobante de pago Seg. Social		(01)Folio(s) (01)Folio(s)
5.	Otros:	• 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) (00) 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: DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($) 2.300.000

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

Scanned with CamScanner