

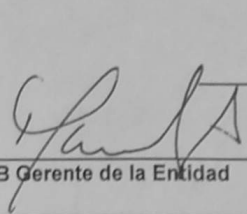
CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS					
I. INFORMACIÓN BÁSICA					
DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR		
04	06	2026	JORGE FERNANDO OSPINA GOMEZ		
II. INFORMACIÓN CONTRATO					
NIT DE LA EDUA		890.001.424-3			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA		DIANA MARCELA JARAMILLO SUÁREZ			
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA		1.094.895.349			
CLASE O TIPO DE CONTRATO:		PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN.	No. Y FECHA DEL CONTRATO:	006 DEL 06 DE ENERO DE 2026 CON MODIFICATORIO 001 DEL 27 DE ABRIL DE 2026	
PLAZO:	CIENTO VEINTE (120) DIAS CALENDARIO + S	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	06 DE ENERO DE 2026	FECHA DE TERMINACIÓN:	05 DE MAYO DE 2026
	ESENTA (60) DIAS CALENDARIO = (180) DIAS CALENDARIO				
		FECHA DEL ACTA DE INICIO PRORROGA:	06 DE MAYO DE 2026	FECHA DE TERMINACIÓN:	04 de JULIO de 2026
Valor del Contrato		\$10.000.000 (DIEZ MILLONES DE PESOS) M/CTE + \$ 5.000.000 (CINCO MILLONES DE PESOS) M/CTE = \$15.000.000 (QUINCE MILLONES DE PESOS) M/CTE			
Código (Rubro Presupuestal):		2.1.5.02.09.02	CDP	26-0007	RP: 26-015
Código (Rubro Presupuestal):		2,1,5,02,09,02	CDP	26-0080	RP: 26-0178
Forma de Pago		(4) pagos iguales cada treinta (30) días calendario vencidos por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS \$ (2.500.000), previa presentación periódica del informe de actividades realizadas durante cada mes de prestación de servicios suscrito por el supervisor del contrato en el que debe constar la acreditación del pago de aportes a seguridad social, pensión y riesgos laborales por el porcentaje señalado en la ley.			
Forma de Pago		(2) pagos iguales cada (30) días calendario vencidos, cada uno por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$2.500.000), previa presentación periódica del informe de actividades realizadas durante cada mes de prestación de servicios suscrito por el supervisor del contrato en el que debe constar la acreditación del pago de aportes a seguridad social, pensión y riesgos laborales por el porcentaje señalado en la ley.			
Entidad Bancaria:		DAVIVIENDA	Cuenta No:	CUENTA DE AHORROS 0550136000901381	
Periodo a Pagar:		DEL 06 DE MAYO DE 2026 AL 04 DE JUNIO DE 2026			
Valor total del contrato		\$ (10.000.000) DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE + \$(5.000.000) CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE = \$ (15.000.000) QUINCE MILLONES DE PESOS			
Valor Total Pagos Efectuados		\$10.000.000 DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE			
Valor Acta No 1		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Valor Acta No 2		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Valor Acta No 3		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Valor Acta No 4		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Valor Acta No 5		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Valor autorizo a pagar en la presente Acta No 5		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Saldo por pagar (Valor pendiente para pago)		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Porcentaje (%) de ejecución del contrato:		83,32%			
APORTES SEGURIDAD SOCIAL					
No. PIN:		9996963843	Valor Pago de Pensión:	\$280.200	
No. Planilla de aportes:		4652067571	Valor ARL:	\$9.200	

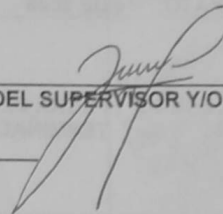
Valor Caja de Compensación	0	Total Aporte:	\$508.300
-------------------------------	---	---------------	-----------

Certifico que el contratista cumplió con la 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 DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS
Marcar con una X:

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO __N/A__ PRIMERO__ SEGUNDO__ TERCERO__ CUARTO__ QUINTO__ X__
SEXTO__ CUAL: _____

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones como supervisor.

 _____
FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

 _____
V/B Gerente de la Entidad