CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS			
I. INFORMACION BASICA			
DIA	**MES**	**AÑO**	**NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR**
12	06	2.026	**JORGE FERNANDO OSPINA GOMEZ**

II. INFORMACION CONTRATO	
NIT DE LA EDUA	**890.001.424-3**
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA	**FABIO ANDRES PAREJA GALLO**
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	9.728.241 de Armenia (Q.)

CLASE O TIPO DE CONTRATO:		***PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES***	**No. Y FECHA DEL CONTRATO:**	**012 DEL 13 DE ENERO DEL 2026 CON MODIFICATORIO 001 DEL 12 DE MAYO DEL 2026**	
PLAZO :	CIENTO VEINTE (120) DIAS CALENDARIO +SESENTA (60) DIAS CALENDARIO = CIENTO OCHENTA (180) DIAS CALENDARIO	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	13 DE ENERO DEL 2.026	**FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO**	12 DE MAYO DEL 2.026
		FECHA DEL ACTA INICIO ADICION:	13 DE MAYO DE 2026	**FECHA DE TERMINACION ADICION:**	11 DE JULIO 2026

Valor total del contrato	CATORCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($14.000.000) + SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($7.000.000) = VEINTIUN MILLONES DE PESOS M/CTE ($21.000.000)				
Código (Rubro Presupuestal):	2.1.5.02.09.03	**CDP**	2026-017	**RP:**	2026-024
	2.1.5.02.09.03	**CDP ADICION**	2026-093	**RP ADICION:**	2026-0196
FORMA DE PAGO	LA EMPRESA DE DESARROLLO URBANO DE ARMENIA LTDA-EDUA pagará al contratista seleccionado el 100% del valor del contrato de la siguiente manera: se realizarán cuatro (04) pagos iguales cada treinta (30) días calendario vencidos, cada uno por valor de **TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.500.000)** 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. **No obstante, la forma de pago prevista, queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado**				
FORMA DE PAGO ADICION	Dos (02) pago por treinta (30) días calendario vencidos por valor de $3.500.000 TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MTCE, 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:** 138000023976	**CUENTA DE AHORROS**
Periodo a Pagar:	DEL 13 DE ABRIL AL 12 DE MAYO DEL 2.026		
Valor total del contrato	CATORCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($14.000.000) + SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($7.000.000) = VEINTIUN MILLONES DE PESOS M/CTE ($21.000.000)		

Valor total pagos efectuados	**DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($10.500.000)**
Valor Acta No 1	**TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.500.000)**
Valor Acta No 2	**TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.500.000)**
Valor Acta No 3	**TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.500.000)**
Valor Acta No 4	**TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.500.000)**
Valor Autorizado a pagar en el Acta No. 04	**TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.500.000)**
Valor a favor del contratista	**SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($7.000.000)**
Porcentaje (%) de ejecución del contrato:	**66.66 %**

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

No. PIN:	323049275	**Valor Pago de Pensión:**	$280.200
No. Planilla de aportes:	601644729		
Valor Pago de Salud:	$218.900	**Valor ARL:**	$9.200
Valor Caja de Compensación	0	**Total Aporte:**	**$508.300**

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: **TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.500.000)**

Marcar con una X:

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO _N/A_ PRIMERO__ SEGUNDO_ TERCERO __ CUARTO _X_

OTROS___

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

FIRMA DEL SUPERVISOR

V/B Gerente de la Entidad