CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS							
I. INFORMACION BASICA							
DIA	**MES**	**AÑO**	**NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR**				
12	**06**	**2026**	**JORGE FERNANDO OSPINA GOMEZ**				
II. INFORMACION CONTRATO							
NIT DE LA EDUA	**890.001.424-3**						
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA	**JUAN MANUEL DURAN GONZALEZ**						
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	**1.092.851.483**						
CLASE O TIPO DE CONTRATO:	***CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION***	**No. Y FECHA DEL CONTRATO:**	***013 DEL 13 DE ENERO DEL 2026 CON MODIFICATORIO 001 DE 08 DE MAYO DE 2026***				
PLAZO:	CIENTO VEINTE (120) DIAS CALENDARIO +SESENTA (60) DIAS CALENDARIO = CIENTO OCHENTA (180) DIAS CALENDARIO	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	13 DE ENERO DE 2026	**FECHA DE TERMINACION CONTRATO:**	12 DE MAYO DE 2026		
		FECHA DEL ACTA INICIO ADICION:	13 DE MAYO DE 2026	**FECHA DE TERMINACION ADICION:**	11 DE JULIO 2026		
Valor del Contrato	NUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($9.200.000) + CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.600.000) = TRECE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($13.800.000)						
Código (Rubro Presupuestal):	**2.1.5.02.09.03**	**CDP**	**26-018**	**RP:**	**26-025**		
Código (Rubro Presupuestal) Adición:	**2.1.5.02.09.03**	**CDP**	26-087	**RP**	26-0194		
Forma de Pago	LA EMPRESA DE DESARROLLO URBANO DE ARMENIA LTDA-EDUA pagara al contratista seleccionado el 100% del valor del contrato de la siguiente manera: se realizaran cuatro (04) Pagos iguales cada treinta (30) días calendario vencidos, cada uno por valor de $2.300.000 DOS MILLONES TRESCIENTOS 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 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 Modificatorio 001	(02) pago por treinta (30) días calendario vencidos por valor de $2.300.000 DOS MILLONES TRESCIENTOS 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:	**BANCO DE DAVIVIENDA**	**Cuenta No: 488472677761**		**CUENTA DE AHORROS**			
Periodo a Pagar:	Del 13 de mayo al 11 de junio 2026						
Valor total del contrato	NUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($9.200.000) + CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.600.000) = TRECE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($13.800.000)						
Valor Total Pagos Efectuados	$9.200.000 (NUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MCTE)						
Valor Acta No 5	$2.300.000 DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MTCE						
Valor a pagar en la presente Acta No.5	$2.300.000 DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MTCE						
Saldo por pagar (Valor pendiente para pago)	$2.300.000 DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MTCE						
Porcentaje ejecución 83.32%							
APORTES SEGURIDAD SOCIAL							
No. PIN:	**384637323**	**TOTAL APORTES:**	**$508.300**				
No. Planilla de aportes:	**37371381**	**Valor Pago de Pensión:**	**$280.200**				
Valor Pago de Salud:	**$218.900**	**Valor ARL:**	**$ 9.200**				

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**:** $2.300.000 DOS MILLONES TRESCIENTOS N MIL PESOS MTCE Marcar con una X:
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO _N/A_ PRIMERO__ SEGUNDO___ TERCERO__ CUARTO__ QUINTO_X_ SEXTO__SEPTIMO__ OCTAVO__ NOVENO___ OTROS___ 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