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 1

ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
12/06/2026	FABIAN BEDOYA RINCON	PLANEACIÓN

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: Daniel Esteban Gutiérrez Rodas

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.097.728.216

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **CONTRATO N°** 064-2026

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 20 enero de 2026 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 19 de julio del 2026

CDP: 0037 **RP:** 0084 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

CDP ADICIÓN: 0205 **RP ADICIÓN:** 0804 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

VALOR TOTAL: $ 15.600.000 **ENTIDAD BANCARIA:** Davivienda

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 2.600.000 **CUENTA N°:** 488421572519

SALDO RESTANTE $ 4.246.667

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de QUINCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($15.600.000), los cuales serán cancelados 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 efectuaran cinco (5) pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.600.000), 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.

PERIODO A PAGAR: Del 01 de mayo al 31 de mayo del 2026

No. Planilla de Aportes:	84826505
Pago de Pensión:	$ 324.900
Pago de Salud:	$253.800
ARL:	$ 10.700

SOPORTES:

1.	Informe del Contratista:		(6) 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:	• 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) (1) 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 Seiscientos Mil pesos M/Cte ($2.600.000).

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO ___ TERCERO ___ CUARTO ___ QUINTO x 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.

Powered by CamScanner