CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS

I. INFORMACION BASICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
10	06	2026	JORGE IVAN OROZCO ESCOBAR

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DE LA EDUA	890.001.424-3				
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA	CARLOS ANDRES ARBELAEZ CAMELO				
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.094.955.003				
CLASE O TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	No. Y FECHA DEL CONTRATO:	No. 026 DEL 25 DE ENERO DEL 2026 + MODIFICATORIO 001 DEL 22 DE MAYO DEL 2026		
PLAZO: CIENTO VEINTE (120) DÍAS CALENDARIO + TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO = CIENTO CINCUENTA (150) DIAS CALENDARIO.	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	VEINTISEIS (26) DE ENERO DE 2026.	**FECHA DE TERMINACION:**	VEINTICINCO (25) DE MAYO DEL 2026.	
	FECHA INICIO MODIFICATORIO:	VEINTISEIS (26) DE MAYO DE 2026.	**FECHA DE TERMINACION MODIFICATORIO:**	VEINTICUATRO (24) DE JUNIO DE 2026.	
Valor del Contrato	CATORCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($14.000.000) + TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($3.500.000) M/CTE = DIECISIETE MLLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($17.500.000)				
Código (Rubro Presupuestal):	2.1.5.02.09.03	CDP	037-2026	RP:	050- 2026
Código (Rubro Presupuestal):	2.1.5.02.09.03	CDP	0102-2026	RP:	0219-2026
Forma de Pago	Se realizarán cuatro (04) pagos iguales cada treinta (30) dias 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** Se realizarán un (01) pago de treinta (30) días calendario vencido, 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.				
Anticipo (Si lo hay)			NO	X	Valor anticipo	
Entidad Bancaria:	BANCOLOMBIA				Cuenta No: 06900049399	CUENTA DE AHORROS
Periodo a Pagar:	Del 26 de abril al 25 de mayo del 2026.					
Valor total del contrato	CATORCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($14.000.000) + TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($3.500.000) M/CTE = DIECISIETE MLLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($17.500.000)					
Valor Total Pagos Efectuados	$10.500.000 DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE					
Valor Acta No 4	$3.500.000 TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE					
Valor autorizado a pagar en la presente Acta No. 4	$3.500.000 TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE					
Saldo por pagar (Valor pendiente para pago)	$3.500.000 TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE					
Porcentaje (%) de ejecución del contrato:	80%					

APORTES SEGURIDAD SOCIAL ABRIL

No. PIN:	384656704	Valor Pago de Pensión:	$ 280.200
No. Planilla de aportes:	No Planilla: **6019786072**		
Valor Pago de Salud:	$ 218.900	Valor ARL:	$ 9.200
Valor Caja de Compensación		Total Aporte:	$ 508.300

Nota: Se deja constancia que, en mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios, el contratista pagó el valor total correspondiente al Sistema de Seguridad Social Integral, obligación derivada de dicho contrato, conforme lo estipula la normatividad vigente.

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: $3.500.000 TRES MILLONESQUINIENTOS MIL PESOS MTCE.
Marcar con una X:
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO _N/A_ PRIMERO__ SEGUNDO__ TERCERO__ OTROS _X__ CUAL: CUARTO

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

V/B Gerente de la Entidad (E).