



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 02/07/2026	NOMBRE DEL SUPERVISOR LEIDY MARCELA BEDOYA LEAL		ÁREA O DEPENDENCIA ARCHIVO
II. INFORMACIÓN CONTRATO			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: GRACIELA MARIA VILLA ALDANA 41 929 017			
CLASE O TIPO DE CONTRATO: CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION CONTRATO N° 076-2026			
FECHA DEL ACTA DE INICIO: 22/01/2026	FECHA DE TERMINACIÓN: 21/07/2026		
CDP: 070	RP: 0101	Código (Rubro Presupuestal): 212.02.02.008.02.2	
CDP ADICIÓN: 00237	RP ADICIÓN: 0844	Código (Rubro Presupuestal): 212.02.02.008.02.2	
VALOR TOTAL: \$13 800 000		ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA	
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$ 2 300 000		CUENTA N°: 136270158910	
SALDO RESTANTE: \$ 1 610 000		FORMA DE PAGO: al	
<p>El valor total del contrato es la suma de TRECE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$13 800 000), 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 efectuarán cinco (5) pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$2.300.000), 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. Los pagos estarán supeditados a la verificación del cumplimiento de obligaciones por parte del contratista, verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y el visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control. No obstante, la forma de pago prevista, queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC. Nota el pago queda supeditado a la entrega de la totalidad de los archivos y documentos correspondientes a la ejecución contractual cuando haya lugar.</p>			
PERIODO A PAGAR: 01 DE JUNIO AL 30 DE JUNIO DE 2026			

No. Planilla de Aportes:	4656038396	SOPORTES:	
Pago de Pensión:	\$285.800	1. Informe del Contratista:	(1) Folio(s)
Pago de Salud:	\$ 223.300	2. Acta del Supervisor:	(1) Folio(s)
		3. Documento de Cobro o Factura	(1) Folio(s)
		4. Planilla integrada de seguridad social	(1) Folio(s)
		Comprobante de pago Seg. Social	(1) Folio(s)
ARL:	\$9.400	5. Otros:	(0) CD(s)
		• CD con evidencias	(0) Folio(s)
		• Estampilla Prohospital	(0) Folio(s)
		• Acta de inicio (solo primera cuenta)	(0) Folio(s)
		• Declaración juramentada y soportes si aplican (solo primera cuenta)	(0) Folio(s)
		• Registro Presupuestal (solo primera cuenta)	(1) Folio(s)
		• Certificación Bancaria (solo primera cuenta)	(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 TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 2.300.000)

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO PRIMERO SEGUNDO TERCERO CUARTO QUINTO 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.