

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS					
I. INFORMACIÓN BÁSICA					
DÍA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR		
06	07	2026	JORGE FERNANDO OSPINA GOMEZ		
II. INFORMACIÓN CONTRATO					
NIT DE LA EDUA		890.001.424-3			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA		DIANA MARCELA JARAMILLO SUÁREZ			
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA		1.094.895.349			
CLASE O TIPO DE CONTRATO:		PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION.		006 DEL 06 DE ENERO DE 2026 CON MODIFICATORIO 001 DEL 27 DE ABRIL DE 2026	
PLAZO:	CIENTO VEINTE (120) DIAS CALENDARIO+SESENTA (60) DIAS CALENDARIO= (180) DIAS CALENDARIO	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	06 DE ENERO DE 2026	FECHA DE TERMINACIÓN:	05 DE MAYO DE 2026
		FECHA DEL ACTA DE INICIO PRORROGA:	06 DE MAYO DE 2026	FECHA DE TERMINACIÓN:	04 de JULIO de 2026
Valor del Contrato		\$10.000.000 (DIEZ MILLONES DE PESOS) M/CTE + \$ 5.000.000 (CINCO MILLONES DE PESOS) M/CTE= \$15-000.000 (QUINCE MILLONES DE PESOS) M/CTE			
Código (Rubro Presupuestal):		2.1.5.02.09.02	CDP	26-0007	RP: 26-015
Código (Rubro Presupuestal):		2.1.5.02.09.02	CDP	26-0080	RP: 26-0178
Forma de Pago		(4) pagos iguales cada treinta (30) días calendario vencidos por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS \$ (2.500.000), 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.			
Forma de Pago		(2) pagos iguales cada (30) días calendario vencidos, cada uno por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$2.500.000), 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.			
Entidad Bancaria:		DAVIENDA	Cuenta No:	CUENTA DE AHORROS 0550136000901381	
Periodo a Pagar:		DEL 05 DE JUNIO DE 2026 AL 04 DE JULIO DE 2026			
Valor total del contrato		\$ (10.000.000) DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE + \$ (5.000.000) CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE= \$ (15.000.000) QUINCE MILLONES DE PESOS			
Valor Total Pagos Efectuados		\$12.500.000 DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE			
Valor Acta No 1		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Valor Acta No 2		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Valor Acta No 3		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Valor Acta No 4		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Valor Acta No 5		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Valor Acta No 6		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Valor autorizo a pagar en la presente Acta No 6		\$2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) M/CTE			
Saldo por pagar(Valor pendiente para pago)		0,00 PESOS M/CTE			
Porcentaje (%) de ejecución del contrato:		100%			
APORTES SEGURIDAD SOCIAL					

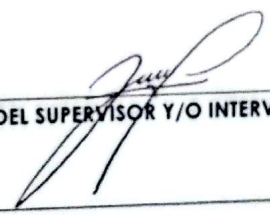
No. PIN:	9997297234	Valor Pago de Pensión:	\$280.200
No. Planilla de aportes:	4655604568		
Valor Pago de Salud:	\$218.900	Valor ARL:	\$9.200
Valor Caja de Compensación	0	Total Aporte:	\$508.300

NOTA: se deja constancia que, en mi calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios, el contratista pago el valor correspondiente al sistema de seguridad social integral, obligación derivada de dicho contrato, conforme lo estipula la normatividad vigente, quedando el compromiso que tan pronto realice el pago de seguridad social del mes de julio del 2026 se aporta copia de la misma.

Certifico que el contratista cumplió con la cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraídas con el Contratante. Por lo tanto autorizo el pago por valor de: \$2.500.000 DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS Marcar con una X:

QUE CORRESPONDE A: PRIMERO__ SEGUNDO__TERCERO__CUARTO__QUINTO__SEXTO__X__
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