AUTORIZACIÓN DE PAGO
R-RI-73
11

FECHA:	09/07/2026
CONSECUTIVO TRD:	250-23-01-01-0824-2026
No. CONTRATO/CONVENIO:	200-10-01-12-0169-2026
OBJETO:	Contratar servicios profesionales para liderar y sostener el Sistema de Gestión de Calidad en el marco del Laboratorio de Aguas de CORPOURABA.
NOMBRE CONTRATISTA:	Arnaldo Andrés Trujillo Garces
NIT/CÉDULA CONTRATISTA:	1067931235
NOMBRE SUPERVISOR(A):	Jose Gregorio Morales Macea
NOMBRE COORDINADOR(A):	Jose Gregorio Morales Macea
PERIODO Y NÚMERO DE PAGO A CANCELAR:	03 de Junio de 2026 al 02 de Julio de 2025 (Cuarto Pago)
NÚMERO CUENTA BANCARIA BENEFICIARIO:	Bancolombia Cuenta de Ahorros 56951627637

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES SEGURIDAD SOCIAL (Prestación de servicios – Consultoría e Interventoría)	Pago de Salud **E.P.S.**	EPS SANITAS S.A.S	**No.**	6021024317
	Pago de Pensión **EMPRESA**	PORVENIR	**No.**	6021024317
	Pago de Riesgo **EMPRESA**	COLMENA	**No.**	6021024317

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL
(Favor agregue las filas que requiera)

CDP	RCP	Actividad	Rubro	Valor
73	212	03	2.3.2.02.02.008.32043204-0203.83449.1.0.01.1.2.3.1.01	$ 19.500.000
73	212	03	2.3.2.02.02.008.32043204-0203.83990.1.0.01.1.2.3.1.01	$ 24.500.000

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO	
VALOR CONTRATO	$ 44.000.000
VALOR PAGADO	$ 16.500.000
VALOR A PAGAR HONORARIOS/SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS	$ 5.500.000
VALOR A PAGAR OTROS (Transporte, gastos de viaje, arrendamientos, entre otros que incluya el contrato)	0
TOTAL A PAGAR	$ 5.500.000
SALDO	$ 22.000.000

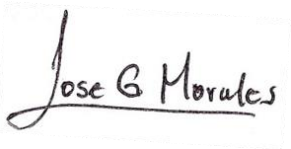
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
TIPO	**%**
EJECUCIÓN FINANCIERA	50
EJECUCIÓN FÍSICA	50

DOCUMENTOS PARA ANEXAR (Cuando aplique)

DETALLE	No.	FOLIOS EN CARPETA
SALUD	6021024317	1
PENSIÓN	6021024317	1

ARL	6021024317	1
INFORME DEL CONTRATISTA No.	250-08-01-02-1848-2026	14
INFORME DE SUPERVISION No.	250-08-01-06-1851-2026	13

Se certifica que el (la) contratista **Arnaldo Andrés Trujillo Garces**, identificado (a) **1067931235**, ha cumplido satisfactoriamente con las obligaciones establecidas en el contrato N°. 200-10-01-12-0169-2026, por lo tanto, se **AUTORIZA** el pago número 04 correspondiente al periodo citado.



FIRMA SUPERVISOR(A)