



ACTA DE PAGO

Por favor, lea atentamente el instructivo antes de diligenciar la información. Recuerde que las casillas en color azul no deben ser modificadas.

INFORMACIÓN GENERAL

Periodo de presentación	MES 7	AÑO 2026	
Tipo de persona	Natural	Tipo de Gasto	Inversión
No. de Cédula o NIT	1012344119		
Nombre o Razón Social	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA		
Objeto del Contrato	Prestación de los servicios de apoyo a la Oficina de Diseño y Obras de Infraestructura adscrita a la Dirección de Infraestructura en las actividades relacionadas con el enlucimiento y mejoramiento de los componentes de infraestructura del SITM MIO a cargo de Metro Cali S.A.		
No. de Contrato	917.104.2.38.2026	Fecha del Contrato	dd/mm/aaaa 19/01/26
No. de Registro Presupuestal	20260111	No. de Registro Presupuestal [Adición]	
Fecha del Registro Presupuestal	dd/mm/aaaa 19/01/26	Fecha del Registro Presupuestal [Adición]	dd/mm/aaaa
Número de cuotas:	7	de	9

En mi calidad de supervisor del contrato informo que el contratista cumple con:

OBLIGACIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICACIÓN (SOLO PERSONAS JURÍDICAS)

El contratista ha presentado una certificación en la que declara haber cumplido con todas las obligaciones relacionadas con la afiliación y el pago a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones, así como con los aportes a las cajas de compensación familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Esto se realiza en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, modificado por las Leyes 828 y 797 de 2003.	Fecha de expedición certificado	DIA	MES	AÑO
	Firmado por (Escoger una de las dos opciones Marcar con una X)	Rev. Fiscal	Rep. Legal	

PLANILLA (SOLO PERSONAS NATURALES)

Periodo de pago 1: Junio / Periodo de pago 2: Julio

Tipo de Aporte	Entidad	Periodo	No. Planilla / No. Resolución	No. CUS	Valor
EPS	SALUD TOTAL	Periodo 1	1082514093	N.A.	\$ 218.900
		Periodo 2			
		Ajuste			
PENSIÓN	PROTECCION	Periodo 1	1082514093	N.A.	\$ 280.200
		Periodo 2			
		Ajuste			
ARL	POSITIVA	Periodo 1			
		Periodo 2	93424892	N.A.	\$ 121.900
		Ajuste			

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Como supervisor dejo constancia que, conforme a los soportes de las actividades desarrolladas por el contratista y en cumplimiento del deber de supervisión, se evidencia que el contratista presentó la planilla de aportes a la seguridad social pagada, cumpliendo con las obligaciones derivadas de afiliación y pago con los sistemas de salud, riesgos profesionales, y pensiones Cumpliendo a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto se autoriza el pago en los siguientes términos del estado fiscal:

ESTADO FISCAL GENERAL

DESCRIPCIÓN	VALOR
Factura No. (Cuando aplique)	
Fecha Factura (Cuando aplique)	
Valor inicial	\$ 37.053.000
Valor adición	\$ 0
Valor Total	\$ 37.053.000
Valor pagado a la fecha	\$ 24.702.000
Saldo actual	\$ 12.351.000
Valor de este pago	\$ 4.117.000
Saldo después de este pago	\$ 8.234.000

[inserte firma del supervisor del contrato]
Diego Fernando Castellanos Barrero
SUPERVISOR 1
Jefe Oficina de Diseño y Obras de Infraestructura
CARGO DEL SUPERVISOR 1

[inserte firma del supervisor del contrato]
SUPERVISOR 2
CARGO DEL SUPERVISOR 2

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDWIN ESTIVEN NOVOA YAGUARA		
Documento	CC1012344119	Dirección	CR 15 #2 - 52
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3136641554
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1012344119	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA	3	0																	0	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$1,750,905	\$280,200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$1,750,905	\$218,900	0.000	\$0	\$0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$499,100

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educacion	(Incapacidades, licen- cias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1,750,905	\$1,750,905	\$0	\$0	\$280,200	\$218,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$499,100	\$1,600	\$500,700





⬇ Pago en Seguridad social

Pago en
Planilla Asistida Simple

Número de planilla
8823525092

¿Cuánto?
\$ 500.700,00

Fecha
09 de julio de 2026 a las 07:20 p. m.

Referencia
M20504893

Superintendencia financiera
de Colombia

VIGILADO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	805013171-8	METRO CALI S.A.		CALLE 25N # 2F 136	6600001	mavirama@metrocali.gov.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200			VALLE DEL CAUCA	CALI	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93424892	15/07/2026	17	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	Y	\$0	\$1.965.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.965.700				1.965.700	0	0	1.965.700			19.657	1.965.700	17

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	1.965.700	1.965.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	1.965.700	1.965.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	805013171-8	METRO CALI S.A.		CALLE 25N # 2F 136	6600001	mavirama@metrocali.gov.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 personas			VALLE DEL CAUCA	CALI	

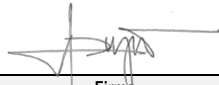
DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93424892	15/07/2026	17	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	Y	\$0	\$1.965.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES										
No.	Typo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Columna exterior	Económico	IME	RE Y	TAE	TAE	TAP	VSP	VST	SAN	PSE	LMA	ACC	XAR	VCT	RIL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1130945898	IBARRA IBARRA CRISTIAN DAVID	59	0		N			T																0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	875.500	15	5	61.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC 94427243	SEGURA VELASCO ABRAHAN	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	CC 1005705116	RENDON CORRALES YAHAIRA CAROLINA	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	CC 76045480	SALCEDO TOBAR JULIO CESAR	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	CC 1064437679	PITO MENZA YEISON JACOBO	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	CC 16989453	PEREZ MONTENEGRO OCTAVIO	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	4	76.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	PT 1407015	PEREZ LOBO MARKLYN JOSE	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	CC 1012344119	NOVOA YAGUARA EDWIN STEVEN	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	PT 7908761	MOLINET SALAS ISAAC HILDEBRANDO	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	CC 1061498900	MEDINA QUITUMBO JOSE ABEL	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	CC 1061498091	MEDINA QUITUMBO EVERNEY	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	CC 1059900737	CAICEDO NIEVES GERSON OSIAS	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	CC 110537139	BONILLA CUELLAR CESAR ALFONSO	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	CC 1130650766	BALANTA GARCIA ELVEHER	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	CC 1130623371	MIRANDA ARCE JUAN DAVID	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	CC 1143930803	ARBOLEDA CABEZAS DEIBY	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	CC 16918024	ALZATE JIMENEZ HECTOR FABIO	59	0		N																			0	0	0	0	0		0	0	0	14-23	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

		CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL			
<i>Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"</i>					
FECHA	JULIO DE 2026	PERIODO- CUOTA	SÉPTIMA	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.38.2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA		Identificación (C.C. /NIT)	1.012.344.119	
ÁREA	DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	APOYO A LA GESTION
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Objeto del Contrato		Prestación de los servicios profesionales como Economista para apoyar a la Dirección de Infraestructura en el seguimiento financiero de los proyectos de infraestructura en ejecución del SITM-MIO			
Valor del contrato		Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP		Registro Presupuestal - RP	
		Número	Fecha	Número	Fecha
Valor inicial del contrato	\$ 37.053.000	20260038	7/01/26	20260111	19/01/26
Valor adicional del contrato					
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	\$37.053.000				
Plazo del contrato	Hasta el 30 de Septiembre de 2026	Fecha Acta de Inicio	19/01/26	Fecha terminación	30/09/26
Modificatorios/Otrosi		Fecha modificatorio		Objeto modificatorio	
2. INFORME ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y COBRO DE LAS MISMAS					
COBRO DEL PERIODO					
NÚMERO DE FACTURA: (Cuando aplique)				Fecha de la Factura o cobro	
Valor del TOTAL Contrato (\$) (Incluir adiciones si las hay)	Número de la Cuotas totales a pagar del total	Número de cuota que se paga	Saldo Actual del Contrato (\$)	(-) Este Pago (\$)	Saldo después de este pago (\$)
\$ 37.053.000	9	7	\$ 12.351.000	\$ 4.117.000	\$ 8.234.000
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO (Relacionar las actividades específicas establecidas en el contrato)		ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO (Indicar TOTALES las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación específica)		SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (Cuando corresponda)	
1.Apoyar a la oficina de Diseño y Obras de Infraestructura en las labores de mejoramiento de los componentes de la Infraestructura a cargo de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, tales como la demarcación vial, obra blanca, mobiliario urbano, iluminación, enlucimiento general de pisos, paredes, cielorasos, realización y/o apoyo de actividades en alturas (solo se podrán ejecutar labores de alturas por el personal con el respectivo curso), enlucimiento de estructuras, redes húmedas, mejoramiento de espacio público y/o corredores viales, recolección de residuos y actividades afines que sean de competencia de la entidad de conformidad con la programación diaria establecida y las contingencias que se presenten.		TERMINAL ANDRES SANIN 1. Recolección y cargada de materiales de escombro en volqueta. 2. Demolición de concreto, placas y cordones. 3. Instalación de tableta táctil en plataformas y paso peatonal. 4. Fragua de tableta táctil. 5. Detallada de muros, cordones y filos. 6. Fundición de concreto y rampa (colocación de malla y acero). 7. Anclajes en cordón para amarre de acero. 8. Movimiento de materiales y tierras de excavación. 9. Estucado de muros en corredor de servicio. 10. Limpieza de cárcamos en paso peatonal subterráneo. 11. Excavación e instalación de caja desarenador para cárcamo. 12. Marcación y pintura de cebra peatonal (pintutrafico y plástico frío). 13. Demarcación de cordones con pintutrafico. 14. Desmonte de reja y arreglo de puerta plegable en talanqueras. 15. Cambio de grifería, lavamanos y sanitario push en baño de discapacitados. 16. Arreglo de daño en estación vandalizada.		SOPORTES DRIVE	
2.Utilizar de manera correcta los Elementos de Protección Personal (EPP) que le sean entregados para la ejecución de las actividades de obra y/o mejoramiento que se le asignen, conforme a las instrucciones de la entidad impartidas a través del personal a cargo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), velando así por su propia seguridad y la de las personas en el entorno. El contratista se abstendrá de realizar labores sin el cumplimiento de las directrices recibidas frente al uso de los EPP y reportará cualquier daño, pérdida o necesidad de reposición de dichos elementos a la		Uso adecuado de los elementos de protección personal EPP en cumplimiento con las instrucciones impartidas por el personal a cargo del Sistema de Seguridad Social y Salud en el Trabajo (SST).			

		CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL			
<i>Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"</i>					
FECHA	JULIO DE 2026	PERIODO- CUOTA	SÉPTIMA	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.38.2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA		Identificación (C.C. /NIT)	1.012.344.119	
Las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que le sean encomendadas de conformidad con el nivel contratado.		No se realizaron actividades este mes.			
SEGURIDAD SOCIAL					
El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.				Periodo pagado	JUNIO
Tipos de Aportes		Nombre de la Entidad		Planilla Número	Valor (\$)
EPS		SALUD TOTAL		1082514093	\$ 218.900
PENSIÓN		PROTECCION		1082514093	\$ 280.200
ARL		POSITIVA		93424892	\$ 121.900
DECLARACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA (Marque SI o NO según el caso)				SI	NO
1. DECLARO EN FORMA VOLUNTARIA Y BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO.				X	
2. DE ACUERDO CON EL ARTICULO 42 DEL DECRETO 3541 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO, ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA.					X
3. CERTIFICO QUE ESTOY AL DIA EN MIS PAGOS DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGUN CONSTA EN LA PLANILLA QUE SE ADJUNTA.				X	
EDWIN STEVEN NOVOA YAGARA		1.059.900.737			
Nombre completo del contratista		Número de identificación		Firma	

		CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL			
<i>Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"</i>					
FECHA	JULIO DE 2026	PERIODO- CUOTA	SÉPTIMA	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.38.2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA		Identificación (C.C. /NIT)	1.012.344.119	
3. INFORME DE SUPERVISOR DEL CONTRATO					
ACTIVIDADES VERIFICADAS POR EL SUPERVISOR, REALIZADAS EN EL PERIODO POR EL CONTRATISTA (Según Manual de contratación y la normatividad que lo complemente o modifique)					
				A satisfacción	No satisfacción
Cumplimiento de Obligaciones generales y específicas realizadas por el contratista relacionadas en el presente informe (Se procedió a vigilar, controlar y verificar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones a cargo del contratista).				X	
Cumplimiento de Obligaciones generales y específicas realizadas por el contratista relacionadas en el presente informe (Se procedió a vigilar, controlar y verificar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones a cargo del contratista).				X	
Cumplimiento obligaciones de pago al sistema general de seguridad social (Se exigió la certificación debidamente soportada al contratista, del pago de los aportes a la seguridad social (SALUD, PENSIÓN Y ARL), para proceder a la aprobación de la cuenta de cobro presentada por el contratista).				X	
CONCEPTO DEL SUPERVISOR (Escoger una de las dos opciones)					
Como supervisor dejo constancia que, conforme a los soportes de las actividades desarrolladas por el contratista y en cumplimiento del deber de supervisión, se evidencia que el contratista:					
NO	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto NO autoriza el pago.				
SI	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto se autoriza el pago en los siguientes términos:				X
CUOTA No.	7	VALOR CUOTA	\$ 4.117.000	FECHA COBRO	JULIO DE 2026
OBSERVACIONES ADICIONALES DEL SUPERVISOR (Consiguar aquí los aspectos adicionales de los que quisiera dejar constancia)					
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR					
Certifico que como supervisor verifiqué que el contratista (cumplió/no cumplió) con los aportes a la seguridad social conforme a las disposiciones legales vigentes.					
SI cumplió	X	NO cumplió			
DIEGO FERNANDO CASTELLANOS BARRERO		JEFE OFICINA DISEÑO Y OBRAS DE CONSTRUCCION			
Nombre completo supervisor		Cargo		Firma	
Designado Supervisor mediante		(determinar clausula del contrato u oficio de designación según sea el caso)			
<i>Nota. Diligenciar dos originales, uno que irá al trámite financiero y el otro que debe reposar en la carpeta del contrato.</i>					