ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
04/08/2026	LINA MARÍA MAFLA OSPINA	OFICINA ASESORA JURÍDICA

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: ADRIÁN VICENTE LÓPEZ GONZÁLEZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 18.468.723

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **CONTRATO N°** 011 de 2026

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 15-01-2026 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 14-07-2026

CDP: 00020 **RP:** 0007 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

CDP ADICIÓN 0203 **RP ADICIÓN** 0830 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

VALOR TOTAL: $18.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $1.400.000 **CUENTA N°:** 450700052464 - ahorros

SALDO RESTANTE $0 **FORMA DE PAGO:** El valor total del contrato será cancelado al CONTRATISTA mediante un primer pago correspondiente al período 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 TRES MILLONES DE PESOS MCTE ($3.000.000), 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

PERIODO A PAGAR: 01 DE JULIO 2026-14 DE JULIO 2026

No. Planilla de Aportes:	9506655927JUNIO 9508978739 JULIO
Pago de Pensión:	$ 1.498.300 JUNIO $ 1.496.000 JULIO
Pago de Salud:	$ 1.101.700 JUNIO $ 1.100.000 JULIO
ARL:	$ 92.100 JUNIO $ 91.9000 JULIO

SOPORTES

1.	Informe del Contratista:		(2) Folio(s)
2.	Acta del Supervisor:		(1) Folio(s)
3.	Documento de Cobro o Factura		(1) Folio(s)
4.	Planilla integrada de seguridad social Comprobante de pago Seg. Social		(2)Folio(s) (2) Folio(s)
5.	Otros:	• CD con evidencias • Estampilla Prohospital • Acta de inicio (solo primera cuenta) • Declaración juramentada y soportes si aplican (solo primera cuenta) • Registro Presupuestal (solo primera cuenta) • Certificación Bancaria (solo primera cuenta)	(1) CD(s) (0) Folio(s) (0) Folio (s) (0) Folio (s) (0) Folio (s) (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: **UN MILLÓN CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE. ($1.400.000)**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO ___ TERCERO ___ CUARTO ___ QUINTO ___ SEXTO ___
SÉPTIMO X 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.

Lina María Mafla O.

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.

Scanned with CamScanner