



ALCALDIA MUNICIPAL DE PIJAO QUINDIO  
NIT 890.001.181-9

Página 1 de 1

Código: FO-GC-27

Versión: 2

Fecha: 02.10.2025

ACTA DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

DIA MES AÑO  
05/08/2026

I. INFORMACION BASICA  
NOMBRE DEL SUPERVISOR:  
EIDER FERNANDO SALAZAR HERNÁNDEZ

DEPENDENCIA:  
SECRETARÍA DE GOBIERNO

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.001.181-9

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: PEDRO PABLO BENITEZ RIOS  
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.097.405.556

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN  
NO. DEL CONTRATO: CSAG-058-2026

FECHA DEL ACTA DE INICIO: ENERO 29 DE 2026

FECHA DE TERMINACION: JULIO 27 DE 2026

CDP: 0035 RP: 0146 Código (Rubro Presupuestal): 2.3.2.02.02.009.4599023.2024635480050.91119\_1.2.4.3.04  
CDP ADICION: 0290 RP ADICION: 0653  
CODIGO ADICION: (Rubro presupuestal): 2.3.2.02.02.009.4599023.2024635480050.91119\_1.2.4.3.03

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$14.000.000

VALOR ADICIÓN: \$7.000.000

VALOR TOTAL: \$21.000.000

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: \$3.500.000

SALDO RESTANTE: \$0

ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA  
CUENTA No: 438413777613

FORMA DE PAGO: FORMA DE PAGO: El municipio de Pijao, Quindío cancelará al contratista seis (6) pagos iguales cada treinta (30) días por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$3.500.000) cada uno; previa acreditación, revisión y visto bueno del informe de actividades presentado por el contratista en donde se discrimine la ejecución de las actividades enmarcadas en las obligaciones derivadas del objeto del contrato suscrito, informe que deberá estar acompañado de la copia del recibo de pago de aportes al sistema de seguridad social integral al día. La autorización del pago será suscrita por parte del funcionario encargado de ejercer vigilancia y control del contrato suscrito

PERIODO A PAGAR: del 28 de JUNIO al 27 de JULIO de 2026

No. Planilla de aportes JUNIO: 86187013  
JULIO: 86836597

Pago de Pensión JUNIO: \$280.200  
JULIO: \$280.000

Pago de Salud JUNIO: \$218.900  
JULIO: \$218.900

ARL JUNIO: \$18.300  
JULIO: \$18.300

SOPORTES:

1. Acta de supervisión ☒
2. Informe de actividades ☒
3. Cumplimiento, registro fotográfico ☒
4. Otros ☒

Certifico que verifiqué la veracidad de la planilla de aportes a seguridad social que allegó el contratista. Así mismo, de conformidad con la declaración juramentada que el contratista realizó en el informe de ejecución contractual, se realizó la revisión del Ingreso Base de Cotización, y el mismo efectivamente correspondiente al 40% del valor mensualizado de los ingresos por prestación de servicios del contratista.

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: \$3.500.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ☐ PRIMERO ☐ SEGUNDO ☐ TERCERO ☐ CUARTO ☐ QUINTO ☐  
SEXTO ☒ SEPTIMO ☐ OCTAVO ☐ NOVENO ☐ OTROS ☐ CUAL: \_\_\_\_\_

EIDER FERNANDO SALAZAR HERNÁNDEZ  
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 secretaría, debidamente foliadas y archivadas.