CONCEJO MUNICIPAL DE ARMENIA	ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGO DE CONTRATISTAS TESORERÍA PROCESO 6. GESTIÓN FINACIERA	Código: F-OF-PGF-021 Fecha: 15/09/2026 Versión: 003 Página 1 de 1

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
01/10/2026	FABIAN BEDOYA RINCON	PLANEACIÓN

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: DANIEL ESTEBAN GUTIERREZ RODAS

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1097728216

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES **CONTRATO N° 098-226**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 21 de agosto de 2026 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 20 de septiembre 2026

CDP: 00295 **RP:** 1199 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

CDP ADICIÓN **RP ADICIÓN** **Código (Rubro Presupuestal):**

VALOR TOTAL: $7.800.000.oo **ENTIDAD BANCARIA:** Davivienda

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 2.600.000 **CUENTA N°:** 488421572519

SALDO RESTANTE $ 5.200.000

FORMA DE PAGO: valor total del contrato será cancelado al CONTRATIST de la siguiente manera: Tres (03) pagos iguale mensuales vencidos cada uno por valor de DO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MICTI ($2.600.000). Los pagos estarán supeditados a l verificación del cumplimiento de obligaciones por part del contratista, verificación del pago de la segurida social y entrega a satisfacción del informe de actividade realizadas y el visto bueno por parte del funcionari encargado de ejercer la vigilancia y control. No obstante la forma de pago prevista, queda sujeta a la situación d los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC.

PERIODO A PAGAR: 21 de agosto al 20 de septiembre del 2026.

No. Planilla de Aportes: 87015672
No. Recibo de Aportes: 489602625

Pago de Pensión: $ 320.000

Pago de Salud: $ 250.000

ARL: $ 10.500

SOPORTES:

1.	Informe del Contratista:		(07) 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		(1) Folio(s) (1) Folio(s)
5.	Otros.	• CD con evidencias (solo ultima cuenta) • Estampilla Prohospital • Declaración juramentada y soportes si aplican (solo primera cuenta) • Registro Presupuestal (solo primera cuenta) • Certificación Bancaria (solo primera cuenta)	(0) CD(s) (0) Folio(s) (0) Folio(s) (0) Folio(s) (1) Folio (s) (1) 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: Dos Millones Seiscientos Mil Pesos M/cte. ($2.600.000.oo)

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

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.

Powered by CamScanner