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
13/10/2026	LINA MARIA MAFLA OSPINA	OFICINA JURIDICA

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: JORGE EDUARDO GOMEZ ARBOLEDA

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.094.914.114 de Armenia (Q)

CLASE O TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **CONTRATO N°** CCMAQ-CD-089-2026

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 12/08/2026 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 11/11/2026

CDP: 00282 **RP:** 1160 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

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

VALOR TOTAL: $12.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $4.000.000 **CUENTA N°:** 136200077149

SALDO RESTANTE $4.000.000

FORMA DE PAGO: El valor total del contrato será cancelado al CONTRATISTA de la siguiente manera: Tres (03) pagos iguales mensuales vencidos cada uno por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($4.000.000) 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: DEL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2026 AL 11 DE OCTUBRE DE 2026

No. Planilla de Aportes:	9511310801
No. Recibo de Aportes:	722374028
Pago de Pensión:	$352.800
Pago de Salud:	$275.600
ARL:	$11.600

SOPORTES:

1.	Informe del Contratista:		(02) Folio(s)
2.	Acta del Supervisor:		(01) Folio(s)
3.	Documento de Cobro o Factura		(01) Folio(s)
4.	Planilla integrada de seguridad social Comprobante de pago Seg. Social		(01) Folio(s) (01)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) (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: CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000)

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO X 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.

Lina Maria Mafla Ospina

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.