CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS

I. INFORMACION BASICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
21	10	2.026	JORGE FERNANDO OSPINA GOMEZ

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DE LA EDUA	890.001.424-3				
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA	MARIA TERESA REYES SALAZAR				
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	41.954.101				
CLASE O TIPO DE CONTRATO:	*PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES*	No. Y FECHA DEL CONTRATO:	050 DEL 22 DE SEPTIEMBRE DEL 2026		
PLAZO: NOVENTA (90) DIAS CALENDARIO	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	22 DE SEPTIEMBRE DE 2026	FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO	20 DE DICIEMBRE 2026	
Valor total del contrato	DOCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($12.600.000)				
Código (Rubro Presupuestal):	2.1.2.02.02.008.01	CDP	2026-0176	RP:	2026-0381
Forma de Pago	LA EMPRESA DE DESARROLLO URBANO DE ARMENIA LTDA-EDUA pagará al contratista seleccionado el 100% del valor del contrato de la siguiente manera: se realizarán tres (03) pagos iguales cada treinta (30) días calendario vencidos, cada uno por valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.200.000), previa presentación periódica del informe de actividades realizadas durante cada mes de prestación de servicios, suscrito por el supervisor del contrato en el que debe constar la acreditación del pago de aportes a seguridad social, pensión y riesgos laborales por el porcentaje señalado en la Ley.				
Entidad Bancaria:	DAVIVIENDA	Cuenta No: 136170251807	CUENTA DE AHORROS		
Periodo a Pagar:	DEL 22 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE OCTUBRE DE 2026				
Valor total del contrato	DOCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($12.600.000)				
Valor total pagos efectuados	0.0				
Valor Acta No 1	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.200.000)				
Valor Autorizado a pagar en el Acta No. 01	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.200.000)				
Valor a favor del contratista	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($8.400.000)				
Porcentaje (%) de ejecución del contrato:	33.33 %				

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

No. PIN:	38737652	Valor Pago de Pensión:	$280.200
No. Planilla de aportes:	38737652		
Valor Pago de Salud:	$218.900	Valor ARL:	$9.200
Valor Caja de Compensación	$10.600	Total Aporte:	$515.900

Nota 1: se certifica que el supervisor no requirió apoyo en el periodo a informar de la obligacion 4 y 5.

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 DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.200.000)**

Marcar con una X:

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO _N/A_ PRIMERO _X_ SEGUNDO __ TERCERO __ CUARTO __ OTROS___

CUAL:_____

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones como supervisor.

FIRMA DEL SUPERVISOR

V/B Gerente de la Entidad

Powered by CamScanner