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
13/11/2026	LAURA VICTORIA GÓMEZ SUÁREZ	SECRETARIA GENERAL

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: MARIA ANDREA JIMENEZ ACOSTA

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1´094.949.484

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN **CONTRATO N° 138**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 10/09/2026 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 09/12/2026

CDP: 0349 **RP:** 1249 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.02.02.008.02 2

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

VALOR TOTAL: $6´900.00 **ENTIDAD BANCARIA:** DaviPlata

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $2´300.000 **CUENTA N°:** 311 259 4728

SALDO RESTANTE $2´300.000 **FORMA DE PAGO:** 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 DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.300.000).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.NOTA: El último pago queda supeditado a la entrega de la totalidad de los archivos y documentos correspondientes a la ejecución contractual cuando haya lugar.

PERIODO A PAGAR: 10 DE OCTUBRE A 2026 A 09 DE NOVIEMBRE 2026

No. Planilla de Aportes: **No. Recibo de Aportes:**	**9513684317** **824785276**
Pago de Pensión:	$280.200
Pago de Salud:	$218.900
ARL:	$9.200

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		(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) (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: DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE ($2.300.000)

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.

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.